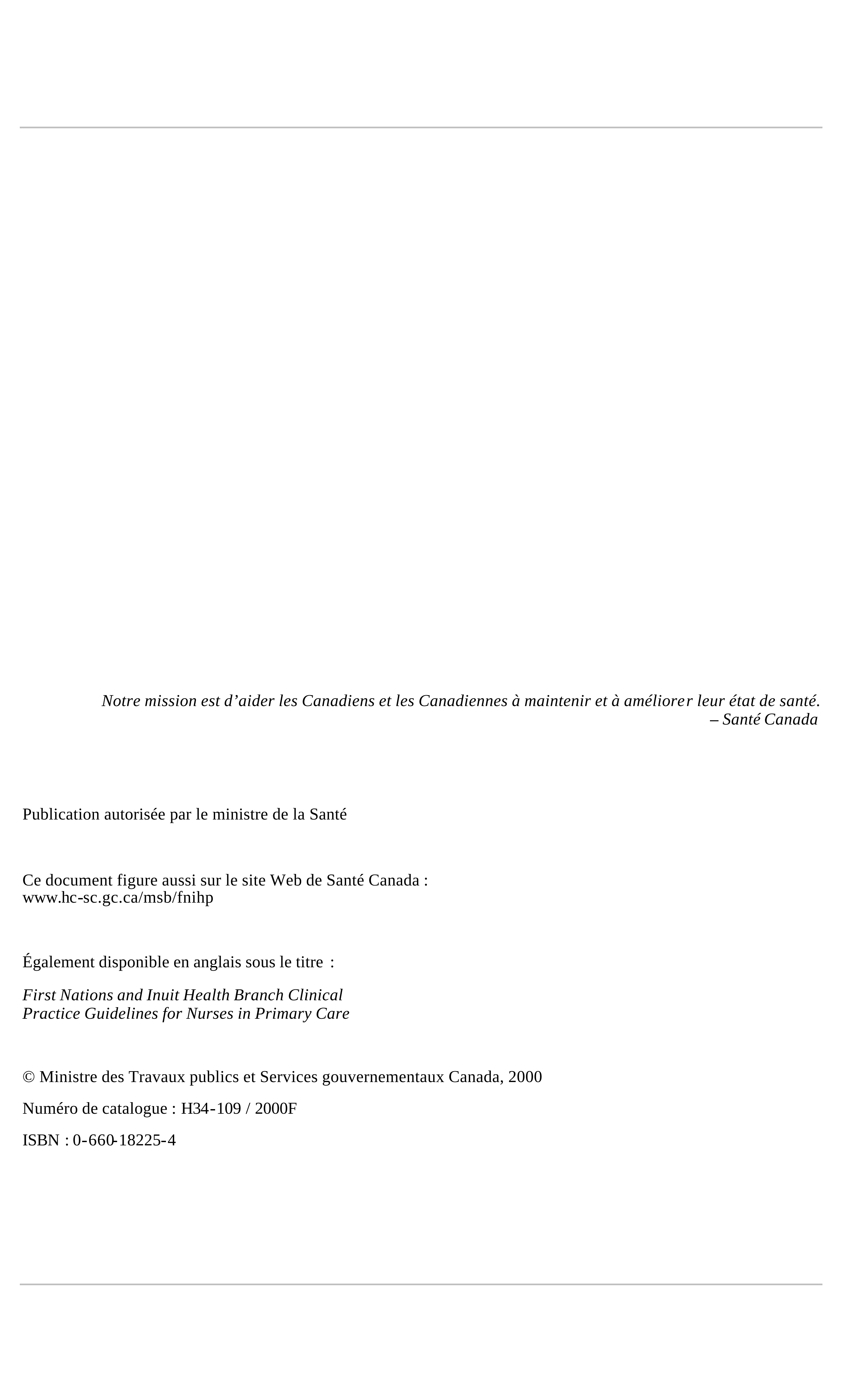


Guide de pratique clinique du personnel infirmier en soins primaires
Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits

Canada



Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.
– Santé Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé

Ce document figure aussi sur le site Web de Santé Canada :
www.hc-sc.gc.ca/msb/fnihp

Également disponible en anglais sous le titre :

First Nations and Inuit Health Branch Clinical
Practice Guidelines for Nurses in Primary Care

Numéro de catalogue : H34-109 / 2000F

ISBN : 0-660-18225-4

Guide de pratique clinique du personnel infirmier en soins primaires

Table des matières

Introduction

Cette version revue du *Guide de pratique clinique du personnel infirmier en soins primaires* renferme de l'information sur des problèmes de santé courants et des urgences médicales fréquentes chez la population adulte. Ses auteurs ont tenté d'actualiser le contenu du guide en s'inspirant d'une approche fondée sur des données probantes.

Le guide comprend 15 chapitres. Chacun d'eux traite de l'évaluation d'un système ou appareil du corps humain (symptomatologie et examen physique) et présente les lignes de conduite à suivre, en clinique, devant des maladies et des situations d'urgence qui se présentent souvent.

Le Système de classification des médicaments à l'intention des infirmières a été incorporé aux traitements médicamenteux décrits dans le guide :

Les **médicaments de classe A** sont ceux qu'une infirmière est autorisée à prescrire de son propre chef.

Les **médicaments de classe B** sont les médicaments que seul un médecin peut prescrire.

Les **médicaments de classe C** sont ceux qu'une infirmière peut prescrire pour un cycle de traitement seulement.

Les **médicaments de classe D** sont ceux dont une infirmière ne peut administrer qu'une seule dose, dans une situation d'urgence, toute dose subséquente devant être autorisée par un médecin.

Remerciements

La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits tient à remercier les personnes suivantes d'avoir pris part à la révision de ce guide de pratique clinique :

Dr Siobhan Callaghan, MD, CCFP (consultant en médecine familiale)

Carol Sargo, RN(EC), infirmière clinicienne en soins primaires (infirmière-conseil)

Karen Hindle, infirmière-éducatrice, Région de la Saskatchewan

Pauline David, infirmière-éducatrice, Région de la Colombie-Britannique

Dorothy Rutledge, infirmière-éducatrice, Région de l'Alberta

Marilyn Heinrichs, infirmière-éducatrice, Région du Manitoba

Carole Martin, infirmière-éducatrice, Région du Québec

Karen McColgan, infirmière-éducatrice, Région du Manitoba

Daunett Tucker, infirmière-éducatrice, Région de l'Ontario

Préface

Ce *Guide de pratique clinique* s'adresse essentiellement aux infirmières qualifiées qui travaillent dans les postes de soins infirmiers et les centres de santé situés dans des communautés isolées et semi-isolées des Premières Nations et des Inuits.

Il importe de rappeler que le guide ne se veut pas exhaustif, même s'il contient de l'information utile. Par conséquent, il doit être utilisé uniquement comme outil de référence et d'éducation et ne doit jamais se substituer au jugement clinique, aux recherches indépendantes ou à la consultation d'un professionnel de la santé qualifié.

Il faut consulter un médecin par téléphone lorsque l'état du client est le moindrement préoccupant ou lorsqu'il nécessite des interventions ou des connaissances qui dépassent le champ d'exercice autonome du personnel infirmier.

Nous avons tout mis en œuvre pour garantir que l'information contenue dans ce guide est exacte et qu'elle correspond aux normes médicales actuelles, mais il ne faut pas perdre de vue que la médecine est en constante évolution. Nous encourageons donc le lecteur à consulter d'autres publications ou manuels. Il convient tout particulièrement de vérifier toutes les posologies, indications, contre-indications et effets secondaires possibles dans le *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques* ou dans le feuillet d'information qui accompagne le médicament.

Enfin, il est possible qu'une politique locale, qu'une directive propre à une région ou à une zone, ou encore qu'une pratique médicale locale courante l'emporte sur l'information présentée dans ce guide. Nous invitons le lecteur à vérifier l'existence de ces autres sources d'information.

CHAPITRE 1 – OPHTALMOLOGIE

Table des matières

ÉVALUATION DES YEUX

ANAMNÈSE ET EXAMEN DES YEUX

GÉNÉRALITÉS

Chaque symptôme doit être noté et examiné en fonction des caractéristiques suivantes :

- Apparition (soudaine ou graduelle)
- Évolution dans le temps
- Situation actuelle (amélioration ou aggravation)
- Localisation
- Irradiation
- Qualité
- Fréquence et durée
- Sévérité
- Facteurs déclenchants et aggravants
- Facteurs de soulagement
- Symptômes associés
- Répercussions sur les activités quotidiennes
- Épisodes similaires diagnostiqués auparavant
- Traitements antérieurs
- Efficacité des traitements antérieurs

SYMPTÔMES DOMINANTS

En plus des caractéristiques générales décrites ci-dessus, il faut aussi explorer les symptômes spécifiques suivants.

Vision

- Changements récents
- Vue brouillée
- Halos
- Corps flottants
- Verres correcteurs (lunettes, lentilles cornéennes)

Autres symptômes associés

- Douleur
- Irritation
- Sensation de corps étranger
- Photophobie
- Diplopie
- Larmoiement
- Démangeaison
- Écoulement
- Otalgie
- Écoulement nasal
- Mal de gorge
- Toux
- Nausée ou vomissement
- Écoulement urétral, vaginal ou rectal
- Douleur ou inflammation articulaire

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (YEUX)

- Maladies ou lésions oculaires
- Chirurgie oculaire
- Port de verres correcteurs ou de lentilles cornéennes
- Infection concomitante des voies respiratoires supérieures (VRS)
- Maladies transmises sexuellement
- Immunosuppression
- Exposition à des irritants oculaires (dans l'environnement ou au travail)
- Allergies (en particulier, saisonnières)
- Médication actuelle
- Maladie inflammatoire générale (affection intestinale inflammatoire, syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter)
- Diabète sucré
- Hypertension
- Néphropathie chronique
- Troubles de la coagulation

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET SOCIAUX (YEUX)

- Exposition professionnelle à des irritants
- Port de lunettes de protection
- Hygiène du milieu de vie (logement)
- Exposition à des micro-organismes contagieux à l'école ou à la garderie (p. ex. conjonctivite aiguë)

EXAMEN PHYSIQUE GÉNÉRAL

YEUX

Examinez l'orbite, les paupières, l'appareil lacrymal, la conjonctive, la sclérotique, la cornée, l'iris, la pupille, le cristallin et le fond de l'œil. Portez une attention particulière aux points suivants :

- Acuité visuelle (réduite s'il y a kératite, uvéite ou glaucome aigu)
- Œdème
- Écoulement ou croûtes
- Coloration anormale (érythème, contusion ou hémorragie)
- Lipoïdose
- Arc sénile (cercle blanc autour de l'iris)
- Position et alignement des yeux
- Réaction et accommodation de la pupille à la lumière
- Mouvements extra-oculaires (avec douleur dans les cas d'uvéite)
- Champ visuel (réduit dans les cas de glaucome)
- Transparence, érosion ou lacération de la cornée
- Réflexe cornéen à la lumière
- Opacité de la rétine (cataractes)
- Reflet rétinien (dénote une rétine intacte)
- Hémorragie or exsudat
- Papille optique et système vasculaire rétinien

Palpez l'orbite, les sourcils, l'appareil lacrymal et les ganglions lymphatiques pré-auriculaires : sensibilité au toucher, œdème, masses.

Appliquez le colorant à la fluorescéine (pour vérifier si la cornée est intacte).

Mesurez la pression intra-oculaire (par tonométrie de Schiøtz) (valeurs normales : 10 à 20 mm Hg).

En présence de symptômes évoquant une infection des VRS ou une maladie transmise sexuellement (p. ex. gonorrhée), examinez également les oreilles, le nez et la gorge.

SYSTÈME LYMPHATIQUE

Si vous soupçonnez une infection virale des voies respiratoires supérieures ou une maladie transmise sexuellement (MTS), palpez les ganglions lymphatiques de la tête et du cou.

Recherchez la présence d'adénopathie pré-auriculaire, qui peut indiquer une infection bactérienne, virale ou chlamydiale de l'œil (p. ex. gonorrhée).

ABDOMEN

Si les symptômes oculaires sont associés à des symptômes de MTS (p. ex. gonorrhée disséminée), vérifiez si le foie est sensible au toucher ou hypertrophié (*voir le chapitre 5, « Appareil digestif » pour les détails concernant l'examen de l'abdomen*).

VOIES UROGÉNITALES ET RÉGION RECTALE

Si les symptômes oculaires sont associés à des symptômes de maladie transmise sexuellement (p. ex. gonorrhée disséminée), vérifiez s'il y a écoulement urétral ou pertes vaginales (*voir le chapitre 6 « Appareil urinaire et appareil génital masculin » et le chapitre 12 « Obstétrique » pour les détails concernant ces examens*).

APPAREIL LOCOMOTEUR ET MEMBRES

Si les symptômes oculaires sont associés à des symptômes articulaires, examinez les articulations pour déterminer s'il y a chaleur, rougeur, douleur ou œdème (p. ex. gonorrhée disséminée) (*voir le chapitre 7 « Appareil locomoteur » pour les détails concernant l'examen*).

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA DOULEUR OU DES SYMPTÔMES OCULAIRES

- Orgelet
- Chalazion
- Dacryocystite aiguë
- Exposition à des irritants
- Conjonctivite
- Érosion de la cornée
- Irritation due à un corps étranger
- Ulcères de la cornée
- Cils incarnés
- Port prolongé de lentilles cornéennes
- Sclérite
- Glaucome aigu à angle fermé
- Uvéite (iritis)
- Douleur projetée de sources extra-oculaires (sinusite, abcès dentaire, céphalée par tension nerveuse, artérite temporale ou prodrome du zona)

PROBLÈMES OCULAIRES COURANTS

ROUGEUR DE L'ŒIL

La rougeur est le symptôme d'une grande variété d'affections oculaires (tableau 1) dont certaines menacent sérieusement la vue et imposent la consultation immédiate d'un ophtalmologiste.

CAUSES

- Infection : conjonctivite, kératite (bactérienne, virale [herpétique ou non] ou autre)
- Inflammation de l'œil : uvéite, iritis, episclérite, sclérite
- Sécheresse des yeux
- Blépharite avec conjonctivite secondaire ou kératite, ou les deux
- Allergie (p. ex. conjonctivite allergique)
- Glaucome (p. ex. glaucome aigu à angle fermé)
- Produits chimiques, toxiques ou irritants tels que médicaments oculaires topiques, solution pour lentilles cornéennes, acides ou bases, fumée, vent ou rayons ultraviolets
- Lésion traumatique (p. ex. érosion de la cornée, irritation due à un corps étranger, hyphéma, hémorragie sous-conjonctivale)
- Ptyrégion ou pinguecula enflammée
- Infection des conduits lacrymaux (p. ex. dacryocystite)

CAS OÙ LA ROUGEUR DE L'ŒIL MENACE LA VUE

En présence d'une rougeur de l'œil, il faut d'abord différencier les causes principales ou graves des causes de moindre importance. Voici les signes qui imposent la consultation d'un ophtalmologiste.

- Douleur oculaire intense (surtout si unilatérale)
- Photophobie
- Vue brouillée persistante
- Proptose (exophtalmie)
- Mouvements oculaires réduits
- Congestion ciliaire
- Réflexion anormale de la lumière par la cornée
- Anomalie ou opacité de l'épithélium cornéen
- Non-réactivité de la pupille à la lumière directe
- Aggravation des signes après 3 jours de traitement pharmacologique de la conjonctivite
- Immunité affaiblie (p. ex. nouveau-né, patient immunodéprimé, porteur de lentilles cornéennes souples)

Tableau 1. Diagnostic différentiel partiel de la rougeur de l’œil

	Conjonctivite*			Lésion ou infection cornéenne	Uvéite (iritis)	Glaucome
	Bactérienne	Virale	Allergique			
Vision	normale	normale	normale	réduite ou très réduite	réduite	très réduite
Douleur	–	–	–	+	+	+++
Photophobie	±	–	–	+	++	–
Sensation de corps étranger	±	±	–	+	–	–
Démangeaison	±	±	++	–	–	–
Larmoiement	+	++	+	++	+	–
Écoulement	mucopurulent	mucoïde	–	–	–	–
Adénopathie pré-auriculaire	–	+	–	–	–	–
Pupilles	normales	normales	normales	normales ou rétrécies	rétrécies	modérément dilatées et fixes
Hyperémie de la conjonctive	diffuse	diffuse	diffuse	diffuse avec congestion ciliaire	congestion ciliaire	diffuse avec congestion ciliaire
Cornée	claire	parfois faibles taches ponctuées ou infiltrats	claire	selon l’affection	claire ou légèrement trouble	trouble
Pression intra-oculaire	normale	normale	normale	normale	réduite, normale ou nulle	accrue

+ Présence à divers degrés; - Absence; ± possibilité de présence
*L’hypothyroïdie peut provoquer la congestion conjonctivale.

Certaines des affections associées à la rougeur oculaire sont décrites en détail plus loin. Les sujets abordés figurent à la table des matières du chapitre.

BLÉPHARITE

DÉFINITION

Inflammation du bord des paupières.

CAUSES

- Séborrhée ou infection bactérienne (par *Staphylococcus aureus*); les deux causes peuvent coexister chez certains patients (forme mixte).
- Pédiculose des cils.

SYMPTOMATOLOGIE

- Sensation de brûlure, démangeaison ou irritation du bord palpébral
- Affection souvent chronique, avec fréquentes exacerbations
- Habituellement bilatérale
- Antécédents de séborrhée (du cuir chevelu, des sourcils ou des oreilles)
- Perte des cils

OBSERVATIONS

- Bord palpébral rouge, squameux
- Possibilité de croûtes
- Acuité visuelle normale
- Pupilles égales et rondes, réaction à la lumière et accommodation normales
- La conjonctive peut être rouge.

Origine bactérienne

- Squames sèches
- Bord palpébral rouge
- Possibilité d'ulcération
- Tendance à la perte des cils

Origine séborrhéique

- Squames graisseuses
- Bord palpébral moins rouge
- Pas d'ulcération

Origine mixte

- Squames sèches et graisseuses
- Bord palpébral rouge
- Possibilité d'ulcération

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Blépharite allergique
- Orgelet
- Chalazion
- Conjonctivite
- Cancer de la peau (unilatéral) (p. ex. adénocarcinome sébacé)

COMPLICATIONS

- Infection bactérienne secondaire fréquente de type séborrhéique
- Récurrence

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Prélever l'exsudat pour antibiogramme au besoin

TRAITEMENT

Objectifs

- Interrompre la formation de squames sur le bord palpébral
- Prévenir l'infection

Consultation

Il faut consulter le médecin si l'inflammation ou l'infection est étendue (c.-à-d. dépasse le bord palpébral), comme dans les cas de cellulite orbitaire.

Pour réduire le risque de récurrence, le traitement doit durer plusieurs semaines, jusqu'à ce que la blépharite soit complètement résolue.

Interventions non pharmacologiques

Hygiène des paupières (deux fois par jour)

D'abord, appliquer des compresses chaudes pendant 5 minutes pour ramollir les squames et les croûtes. Ensuite, frotter le bord de la paupière et la base des cils au moyen d'une solution de shampoing pour bébé (90 ml [3 on.] d'eau et 3 gouttes de shampoing). Rincer à l'eau claire, puis retirer les débris de la paupière avec un coton-tige sec.

Éducation du client

- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, application).
- Recommandez au client :
  - d'observer les règles d'hygiène des paupières;
  - d'éviter de se frotter ou d'irriter les paupières;
  - d'éviter les cosmétiques, le vent, la fumée et les autres irritants.

Interventions pharmacologiques

Appliquez une pommade antibiotique pour les yeux sur le bord des paupières et dans le sac conjonctival inférieur :

pommade de bacitracine (Baciguent) (**médicament de classe A**), bid pendant 1 à 2 mois

ou

pommade d'érythromycine (Ilotycin) (**médicament de classe A**), bid pendant 1 à 2 mois

ou

pommade de polymyxine B bacitracine (Polysporin) (**médicament de classe A**), bid pendant 1 à 2 mois

S'il y a séborrhée sous-jacente (cuir chevelu, sourcils ou autres surfaces cutanées), suivre le traitement approprié.

Surveillance et suivi

Suivi après 10-14 jours.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Habituellement non nécessaire, sauf si l'infection est réfractaire au traitement ou s'étend (p. ex. cellulite orbitaire).

CONJONCTIVITE

DÉFINITION

Inflammation de la conjonctive. L'érythème de la conjonctive est causé par l'hyperémie des vaisseaux superficiels sinueux.

CAUSES

Il existe trois types de conjonctivite :

- Bactérienne : *Chlamydia*, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*
- Virale : adénovirus, virus coxsackie, échovirus
- Allergique : pollens saisonniers ou exposition environnementale

Facteurs de prédisposition : contact avec une personne souffrant de conjonctivite, exposition à un micro-organisme responsable de MTS, autres affections atopiques (allergiques).

SYMPTOMATOLOGIE

Conjonctivite bactérienne

- Rougeur aiguë et écoulement purulent
- Brûlure, sensation de corps étranger dans l'œil
- Contact récent avec une personne présentant des symptômes similaires

Conjonctivite virale

- Rougeur subite
- Larmoiement
- Sensation de corps étranger dans l'œil
- Durée : de 1 à 4 jours; période infectieuse pouvant durer 2 semaines
- Symptômes généraux (p. ex., éternuements, écoulement nasal, mal de gorge)
- Contact récent avec une personne présentant des symptômes similaires

Conjonctivite allergique

- Antécédents d'allergies saisonnières, d'eczéma, d'asthme, d'urticaire
- Larmoiement, rougeur, démangeaison sans écoulement purulent

OBSERVATIONS

- Signes vitaux normaux (sauf s'ils sont associés à une affection systémique)
- Acuité visuelle habituellement normale
- Pupilles égales et rondes, réaction à la lumière et accommodation normales; mouvements extra-oculaires normaux
- Rougeur conjonctivale diffuse, unilatérale ou bilatérale
- Écoulement purulent (forme bactérienne), écoulement clair, parfois purulent (forme virale) écoulement clair (forme allergique)
- Croûtes sur les cils (formes bactérienne et virale)
- Paupières rouges ou œdémateuses
- Adénopathie pré-auriculaire dans les cas de conjonctivite gonococcique

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Blépharite
- Érosion de la cornée
- Uvéite (iritis)
- Kératoconjonctivite herpétique

COMPLICATIONS

- Propagation de l'infection à d'autres structures de l'œil
- Contagion

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Mesure de l'acuité visuelle
- Prélèvement et culture de l'exsudat

TRAITEMENT

Objectifs

- Déceler un ulcère cornéen
- Écarter la possibilité d'infections plus graves comme la gonorrhée ou la chlamydiose
- Éviter la contagion dans la famille

Consultation

Il faut consulter un médecin dans les cas suivants :

- Douleur oculaire intense
- Toute perte d'acuité visuelle ou de la perception des couleurs
- Signes évocateurs d'une kératoconjonctivite ou d'une autre cause plus grave de rougeur oculaire
- Cellulite péri-orbitaire
- Aucune amélioration malgré un traitement de 48 à 72 heures
- Port de lentilles cornéennes (risque de conjonctivite et de kératite à *Pseudomonas*)
- Possibilité de conjonctivite due à la gonorrhée ou à la chlamydiose, nécessitant la prise d'antibiotiques par voie générale (*voir les Lignes directrices canadiennes pour les MTS* [*Santé Canada 1998*]).

Interventions non pharmacologiques

Appliquer des compresses fraîches sur les yeux, les paupières et les cils aussi souvent que possible.

Éducation du client

- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, instillation).
- Recommandez au client d'éviter de contaminer le tube ou le flacon de médicament par les micro-organismes infectieux.
- Conseillez-lui divers moyens à prendre pour éviter de contaminer les membres de son entourage.
- Expliquez-lui les règles d'hygiène relatives aux mains et aux yeux.
- Origine bactérienne : absence de la garderie, de l'école ou du travail pendant 24 à 48 heures après le début du traitement.
- Origine virale : la période de contagion dure habituellement de 48 à 72 heures mais peut se prolonger jusqu'à 2 semaines.
- Origine allergique : éviter d'aller dehors lorsque le taux de pollen dans l'air est élevé; s'il faut sortir, porter des verres protecteurs.
- Ne pas porter de pansement oculaire.

Interventions pharmacologiques

Il ne faut jamais utiliser de gouttes ophtalmiques à base de corticostéroïdes ou d'une association corticostéroïdes-antibiotiques, car l'infection peut s'aggraver ou un ulcère cornéen peut apparaître rapidement et entraîner une perforation.

Conjonctivite bactérienne

Gouttes ophtalmiques antibiotiques topiques :

sulfacétamide 10 % (Cetamide) (**médicament de classe A**), 2 ou 3 gouttes toutes les 2 heures pendant 3 jours, puis réduire graduellement la dose pendant les 4 jours suivants

ou

gouttes ophtalmiques polymyxine B-gramicidine (Polysporin) (**médicament de classe A**), 2 ou 3 gouttes qid pendant 5-7 jours si l'infection est bénigne

Une pommade ophtalmique antibiotique peut être appliquée à l'heure du coucher en plus des gouttes, au besoin :

sulfacétamide 10 % (Cetamide) (**médicament de classe A**), au coucher

ou

érythromycine 0,5 % (Ilotycin) (**médicament de classe A**), au coucher

Conjonctivite virale

Les lavages à l'acide borique apportent souvent un soulagement rapide des symptômes (les antibiotiques ne sont pas efficaces et ne sont pas indiqués).

Conjonctivite allergique

Les gouttes ophtalmiques antihistaminiques topiques sont recommandées lorsque les symptômes ne sont pas soulagés par l'emploi de médicaments oraux.

Il faut consulter un médecin avant d'utiliser les produits suivants :

solution ophtalmique de cromoglycate sodique à 2 % (Cromolyn) (**médicament de classe B**), 1 ou 2 gouttes qid

ou

solution ophtalmique de lodoxamide à 0,1 % (Alomide) (**médicament de classe B**), 1 ou 2 gouttes qid

Si les symptômes sont intenses, des antihistaminiques par voie orale peuvent être essayés :

triprolidine (Actifed) (**médicament de classe A**), 2,5 mg PO toutes les 4 -6 heures au besoin (dose maximale 10 mg/jour)

Surveillance et suivi

Les clients présentant des symptômes modérés ou sévères doivent être revus après 24 et 48 heures.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un médecin si son état s'aggrave, si les symptômes sont réfractaires au traitement ou s'ils réapparaissent.

ORGELET

DÉFINITION

Infection aiguë du follicule pileux d'un cil, d'une glande de Zeis (sébacée) ou d'une glande de Moll (sudoripare apocrine) de la paupière.

CAUSE

Infection bactérienne (*Staphylococcus aureus*)

SYMPTOMATOLOGIE

- Douleur
- Œdème de la paupière
- Rougeur de la paupière
- Pas de troubles de la vue
- Antécédents d'infections palpébrales du même type

OBSERVATIONS

- Rougeur et œdème localisés de la paupière
- Conjonctivite bénigne
- Possibilité d'écoulement purulent le long du bord palpébral
- Très sensible au toucher
- Possibilité d'adénopathie pré-auriculaire

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Chalazion
- Blépharite
- Dacryocystite
- Cellulite orbitaire

COMPLICATIONS

- Conjonctivite
- Cellulite orbitaire

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Prélevez un échantillon de l'écoulement pour antibiogramme.

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager les symptômes.
- Prévenir la propagation de l'infection aux autres structures de l'œil.

Consultation

Habituellement non nécessaire pour un simple orgelet.

Interventions non pharmacologiques

Compresses chaudes et humides, quatre fois par jour.

Éducation du client

- Soulignez l'importance de ne pas presser l'orgelet.
- Expliquez au client les règles d'hygiène des paupières : les laver à l'eau et au savon doux en utilisant une surface de débarbouillette différente pour chaque œil.
- Soulignez l'importance de se laver les mains pour éviter de propager l'infection.
- Conseillez au client d'éviter les cosmétiques pendant la phase aiguë (les cosmétiques utilisés pour les yeux juste avant l'infection doivent être jetés, car ils peuvent contenir des bactéries et provoquer de nouvelles infections).
- Conseillez au client de ne pas porter de lentilles cornéennes jusqu'à résolution de l'infection.
- Expliquez-lui l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, application).
- Soulignez l'importance de revenir à la clinique si les symptômes ne s'atténuent pas avec le traitement ou si l'inflammation s'étend aux tissus péri-orbitaux.

Interventions pharmacologiques

pommade ophtalmique de sulfacétamide à 10 % (Cetamide) (**médicament de classe A**) qid pendant 7 jours

ou

pommade de polymyxine B bacitracine (Polysporin) (**médicament de classe A**) qid pendant 10 jours

Des gouttes ophtalmiques antibiotiques peuvent être utilisées, mais elles doivent être instillées plus souvent, soit toutes les 3 à 4 heures, et sont généralement moins efficaces.

Surveillance et suivi

Suivi après 3-4 jours si les symptômes persistent, ou plus tôt si l'infection se propage.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Le client doit consulter un médecin si la lésion résiste au traitement ou si l'infection semble avoir atteint les tissus mous péri-orbitaires.

CHALAZION

DÉFINITION

Tuméfaction inflammatoire chronique d'une glande de Meibomius. Le chalazion se présente plus profondément que l'orgelet dans la paupière.

CAUSE

Obstruction du canal d'une glande de Meibomius. Une infection bactérienne secondaire par *Staphylococcus aureus* peut également se manifester.

SYMPTOMATOLOGIE

- Masse dans la région palpébrale
- Rougeur, œdème et douleur, s'il y a infection secondaire.
- Si le chalazion est volumineux, la vision peut être brouillée et la pression exercée sur le globe oculaire peut entraîner l'astigmatisme.
- Congestion de la conjonctive, s'il y a conjonctivite associée.
- Possibilité de larmoiement, si la conjonctive est irritée.

OBSERVATIONS

- Nodule dur, non sensible autoucher, situé dans la portion médiane du tarse, éloigné du bord palpébral, et pouvant être dirigé vers la surface intérieure du tarse et exercer une pression sur le globe.
- S'il y a infection secondaire, les paupières et la conjonctive peuvent être enflammées.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Orgelet
- Blépharite
- Adénocarcinome sébacé (rare)

COMPLICATIONS

- Infection secondaire
- Astigmatisme

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Prévenir l'infection et les troubles de la vue.

Un petit chalazion asymptomatique n'exige aucun traitement et, en général, guérit spontanément en quelques mois. S'il s'agit d'un gros chalazion ou s'il y a infection secondaire, un traitement s'impose.

Interventions non pharmacologiques

Application de compresses chaudes qid pendant 15 minutes.

Éducation du client

- Soulignez l'importance de ne pas presser le chalazion.
- Expliquez au client les règles d'hygiène des paupières : les laver à l'eau et au savon doux en utilisant une surface de débarbouillette différente pour chaque œil.
- Soulignez l'importance de se laver les mains pour éviter la propagation en cas d'infection.
- Conseillez au client d'éviter les cosmétiques pendant la phase aiguë (les cosmétiques utilisés pour les yeux juste avant l'infection doivent être jetés, car ils peuvent contenir des bactéries et provoquer de nouvelles infections).
- Conseillez au client de ne pas porter de lentilles cornéennes jusqu'à résolution de l'infection.
- Expliquez-lui l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, application).
- Soulignez l'importance de revenir à la clinique si les symptômes ne s'atténuent pas avec le traitement.

Interventions pharmacologiques

pommade ophtalmique de sulfacétamide à 10 % (Cetamide), (**médicament de classe A**), qid pendant 7 jours

ou

pommade ophtalmique de polymyxine B bacitracine (Polysporin) (**médicament de classe A**), qid pendant 7 jours

Les gouttes ophtalmiques antibiotiques peuvent être utilisées, mais elles doivent être instillées plus souvent, soit toutes les 3 à 4 heures, et sont généralement moins efficaces.

Surveillance et suivi

Suivi après 1-2 semaines.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Il faut consulter un médecin lorsque le chalazion est gros et résiste au traitement. L'incision et le drainage du chalazion, suivis de son excision peuvent s'imposer si la lésion ne guérit pas spontanément en 2 ou 3 mois.

PTÉRYGION

DÉFINITION

Excroissance triangulaire résultant de l'épaississement de la conjonctive bulbaire nasale ou, rarement, temporale. Elle s'étend vers la cornée et la couvre.

CAUSES

Irritation chronique de l'œil due aux rayons ultraviolets, à la poussière, au sable ou au vent.

SYMPTOMATOLOGIE

- Habituellement indolore.
- La vision peut être brouillée si le ptérygion couvre la cornée.
- Se manifeste habituellement chez les personnes qui passent beaucoup de temps à l'extérieur.

OBSERVATIONS

- Acuité visuelle normale.
- Possibilité de lésions bilatérales ou unilatérales.
- Masse triangulaire de tissu conjonctival vascularisé prenant origine dans une commissure des paupières et pouvant couvrir la cornée.
- Le tissu peut être vascularisé.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Pinguecula (enflammée)

COMPLICATIONS

- Conjonctivite récurrente

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Mesure de l'acuité visuelle centrale et périphérique.

TRAITEMENT

Objectifs

- Déceler les lésions asymptomatiques.
- Éviter la croissance du ptérygion.

Consultation

Fixez un rendez-vous (non urgent) avec le médecin.

Interventions non pharmacologiques

Éducation du client

- Soulignez l'importance de prévenir l'irritation chronique.
- Insistez particulièrement auprès des personnes à risque élevé.
- Recommandez le port de lunettes de protection aussi bien l'été que l'hiver.
- Expliquez l'évolution de la maladie et le pronostic.
- Demandez au client de revenir à la clinique dès les premiers signes de conjonctivite ou si la lésion nuit à la vision.

Surveillance et suivi

- Suivi annuel pour observer tout changement de la taille du ptérygion.
- Mesure de l'acuité visuelle centrale et périphérique.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un ophtalmologiste pour un traitement définitif (excision chirurgicale) si la lésion nuit à la vue.

CATARACTES

DÉFINITION

Opacification du cristallin nuisant à la vue.

CAUSES

Les protéines coagulent dans certaines zones du cristallin pour des raisons inconnues. L'opacité du cristallin se retrouve chez 95 % des personnes de 65 ans ou plus. Dans la plupart des cas (90 %), il s'agit du processus normal de vieillissement. Autrement, les causes sont d'ordre métabolique, congénital ou médicamenteux, ou résultent d'un traumatisme ou d'une affection oculaire telle que l'uvéite antérieure chronique.

Voici quelques facteurs de risque de cataracte : exposition aux rayons ultraviolets B; diabète sucré; consommation d'alcool; prise de médicaments comme les principaux tranquillisants, diurétiques et corticostéroïdes par voie générale; carence de vitamines antioxydantes.

SYMPTOMATOLOGIE

- Baisse de la vision.
- Augmentation de l'éblouissement causé par les sources d'éclairage ou le soleil, ou pendant la conduite de nuit.
- Perception amoindrie des couleurs (perte de contraste).
- Facteurs de risque (*voir la section « Causes » ci-dessus*)

OBSERVATIONS

- L'acuité visuelle peut être réduite dans l'œil touché.
- L'examen du fond de l'œil révèle une opacité du cristallin (lorsque l'ophtalmoscope est réglé à +10, on distingue des zones sombres sur le fond rouge orange du reflet pupillaire).

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Dégénérescence maculaire
- Rétinopathie diabétique

COMPLICATIONS

- Risques associés à la baisse de l'acuité visuelle (p. ex., chutes, traumatismes)

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Maintenir une vision optimale.
- Prévenir les accidents (p. ex. chutes)

Consultation

Il faut consulter un médecin, mais ce n'est pas urgent sauf si la vue est grandement réduite et s'il y a risque de cécité, ou si la cataracte est associée à un traumatisme de l'œil ou à toute autre affection oculaire.

Interventions non pharmacologiques

Changement de prescription des verres correcteurs, port de lentilles bifocales puissantes, usage d'une loupe et éclairage approprié.

Éducation du client

- Expliquez au client que la formation de cataractes peut être ralentie par une diminution de l'exposition au soleil, l'abandon de la cigarette, un apport accru de vitamines antioxydantes (si l'alimentation semble déficiente à ce titre).
- Expliquez-lui comment éviter les chutes et les accidents à domicile.
- Recommandez l'usage d'une loupe et d'un éclairage approprié.

Surveillance et suivi

Examen par un médecin au moins une fois par année.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Il faut faire évaluer le cas par un ophtalmologiste si le fonctionnement du client est de plus en plus restreint. La décision concernant l'intervention chirurgicale repose sur l'importance du handicap fonctionnel.

SUIVI APRÈS LA CHIRURGIE

Objectifs des soins

- Maîtriser l'inflammation
- Prévenir l'infection
- Assurer le confort des yeux
- Favoriser la réadaptation visuelle le plus rapidement possible

Évolution

- Après l'intervention, la douleur est habituellement minime et se limite à une légère sensation de corps étranger.
- Si la douleur est plus intense, elle peut être due à une lésion accidentelle, une infection ou une hausse de la pression intracrânienne.
- Rougeur et démangeaison de l'œil.
- Changement de la vision : assombrissement ou perte des détails (tout changement post-opératoire notable peut signaler une hémorragie, un décollement de la rétine, un glaucome aigu ou une infection).
- La présence de phénomènes visuels tels que les clignotements ou les ombres impose un examen.

Examen de l'œil

- Une rougeur ou une enflure de la conjonctive ou des paupières évoque une infection ou une réaction allergique aux médicaments.
- Reflet rétinien (à confirmer par ophtalmoscopie)
- Opacité de la cornée
- Hyphéma (hémorragie dans la chambre antérieure de l'œil)

Médicaments prescrits après la chirurgie

- Antibiotiques (polymyxine/TMP, sulamyd sodique ou tobramycine) pour prévenir l'infection
- Dilatateurs tels que la tropicamide ou la phényléphrine en gouttes pour tenir l'iris éloigné de l'implant au début de la guérison
- Anti-inflammatoires tels que le kétorolac ou le diclofénac en gouttes pour atténuer l'inflammation post-opératoire.

Analgésiques pour soulager l'inconfort :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**) à 500 mg, 1 ou 2 comprimés toutes les 4 heures au besoin

La médication pour les yeux ne doit pas être modifiée sans l'avis de l'ophtalmologiste traitant.

Éducation du client

- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments et leurs effets secondaires.
- Conseillez-lui de faire les activités qu'il tolère et d'éviter de se pencher, de soulever des charges ou de faire tout autre mouvement exigeant un effort abdominal.

Surveillance et suivi

Le client doit voir l'ophtalmologiste 6 semaines après l'intervention.

GLAUCOME CHRONIQUE À ANGLE OUVERT

Le glaucome aigu à angle fermé, généralement associé à des symptômes prononcés, constitue une urgence (*voir la section « Problèmes oculaires urgents » plus loin dans le présent chapitre).*

DÉFINITION

Le glaucome est une affection habituellement liée à une élévation de la pression intra-oculaire qui peut entraîner une lésion du nerf optique, laquelle peut provoquer la perte de la vision.

La pathogenèse du glaucome n'est pas encore tout à fait élucidée. En effet, certaines personnes présentent une pression intra-oculaire élevée sans faire de glaucome, tandis que d'autres sont atteintes de glaucome tout en ayant une pression intra-oculaire normale.

CAUSES

- Dans les cas de glaucome chronique à angle ouvert, la sécrétion d'humeur aqueuse et son passage entre le cristallin et l'iris par la pupille et vers la chambre antérieure sont normales; toutefois, comme le réseau trabéculaire ne permet pas à l'humeur aqueuse de s'écouler assez rapidement, la pression augmente.
- La prévalence de cette affection est d'environ 1 % chez les personnes de plus de 40 ans et de 3 % chez celles de plus de 70 ans; ce type de glaucome touche autant les hommes que les femmes.

Facteurs de risque

Primaires

- Pression intra-oculaire élevée
- Âge
- Antécédents familiaux
- Myopie
- Diabète sucré
- Hypertension générale
- Origine africaine

Secondaires (acquis)

- Traumatisme fermé ou pénétrant
- Intervention intra-oculaire
- Inflammation intra-oculaire
- Corticothérapie
- Médicaments qui provoquent ou aggravent le glaucome : corticostéroïdes (habituellement); antihistaminiques, décongestionnants, antispasmodiques, antidépresseurs (rarement).

Congénitaux

- Antécédents familiaux de glaucome.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes ne sont visibles que lorsque la maladie est très avancée.

- Perte de la vue (graduelle et indolore)
- Vision périphérique d'abord
- Halos autour des sources d'éclairage
- Facteurs de risque

OBSERVATIONS

- Rétrécissement du champ de vision périphérique
- Baisse de l'acuité visuelle centrale
- Excavation de la papille optique

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Maladie vasculaire oblitérante de l'œil.

COMPLICATIONS

Cécité

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Acuité visuelle
- Étendue des champs périphériques
- Pression intra-oculaire par tonométrie de Schiøtz : si la pression > 21 mm Hg, il faut effectuer des examens, surtout en présence de symptômes.

Dans 85 % des cas présentant une pression intra-oculaire > 21 mm Hg, il n'y a pas de glaucome et la maladie ne risque pas de se déclarer avant cinq ans. La valeur de la tonométrie comme outil de dépistage est discutable, sauf si l'examen est réalisé souvent, au moyen d'instruments précis. Le dépistage du glaucome devrait reposer sur le suivi périodique des patients à risque élevé au moyen d'un examen ophtalmologique complet.

TRAITEMENT

Objectifs

- Prévenir, retarder ou stopper la dégradation de la vision.
- Maintenir le nerf optique en bon état.
- Déceler les patients à risque le plus tôt possible.

Consultation

Consultez un médecin si vous soupçonnez un glaucome d'installation récente ou si les symptômes du glaucome existant se sont aggravés.

Interventions non pharmacologiques

Pour la détection précoce du glaucome dans l'ensemble de la population, le Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique (1994) (maintenant, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs) accorde à l'examen du fond de l'œil et à la tonométrie une recommandation de classe C (c.-à-d. les données sont insuffisantes pour permettre d'inclure ou d'exclure ces examens de l'examen médical périodique). Le Groupe de travail recommande toutefois, par prudence, que toute personne présentant des facteurs de risque à l'égard du glaucome soit examinée périodiquement par un ophtalmologiste :

– > 40 ans, tous les 3 à 5 ans
– > 65 ans, tous les ans

Aucune modification des habitudes de vie ne s'est révélée utile, que ce soit avant ou après la pharmacothérapie. Les interventions chirurgicales ou au laser constituent des options en cas d'échec de la pharmacothérapie.

Interventions pharmacologiques

Les médicaments contre le glaucome sont prescrits par l'ophtalmologiste. À mesure que les symptômes apparaissent ou s'intensifient, la médication est modifiée (figure 1). La pharmacothérapie contre le glaucome vise à réduire la pression intra-oculaire. La perte de la vue est habituellement irréversible.

Surveillance et suivi

Lorsque son état est stable, le client doit consulter le médecin au moins une fois par année.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Le client doit voir un ophtalmologiste chaque année ou plus souvent si les symptômes s'aggravent.

Figure 1. Pharmacothérapie habituelle contre le glaucome chronique à angle ouvert

Étape 1

Bêtabloquant topique (p. ex. timolol **[médicament de classe B]**)

Étape 2

Inhibiteur de l'anhydrase carbonique (voie topique) (p. ex. chlorhydrate de dorzolamide) **[médicament de classe B]**)

ou

Analogue de prostaglandine (voie topique) (p. ex. latanoprost **[médicament de classe B]**)

ou

Agoniste adrénergique (voie topique) (p. ex. chlorhydrate de dipivéfrine **[médicament de classe B]**)

±

Bêtabloquant

Étape 3

Agoniste cholinergique (voie topique) (p. ex. chlorhydrate de pilocarpine **[médicament de classe B]**)

±

L'un des médicaments décrits ci-dessus

Étape 4

Interventions au laser

±

Toute association des médicaments topiques décrits ci-dessus.

Étape 5

Inhibiteurs de l'anhydrase carbonique (voie orale) (p. ex. acétazolamide **[médicament de classe B]**)

±

Médicaments topiques

±

Interventions supplémentaires au laser.

Étape 6

Intervention chirurgicale pour le glaucome

±

Médicaments topiques et oraux

±

Interventions supplémentaires au laser

Source : *Therapeutic Choices* (Gray 1998)

PROBLÈMES OCULAIRES URGENTS

ÉROSION DE LA CORNÉE

DÉFINITION

Défaut superficiel de l'épithéliumde la cornée provoqué par abrasion ou frottement.

CAUSES

Habituellement, traumatisme ou corps étranger dans l'œil.

SYMPTOMATOLOGIE

- Sensation de corps étranger
- Douleur subite dans un œil (intense ou plus prononcée avec le clignement)
- Larmoiement modéré à abondant
- Légère photophobie
- Possibilité de vision légèrement brouillée (due au larmoiement)

OBSERVATIONS

- Signes vitaux normaux
- Acuité visuelle légèrement altérée dans l'œil touché
- Congestion conjonctivale diffuse
- Vive réaction des pupilles à la lumière
- L'application d'une goutte de colorant à la fluorescéine révélera l'emplacement de la lésion.
- Il faut éliminer la possibilité d'un corps étranger logé sous la paupière supérieure ou inférieure.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Éliminer la possibilité d'autres causes de rougeur de l'œil (*voir le tableau 1 dans la section « Rougeur de l'œil » plus haut dans ce chapitre*).

COMPLICATIONS

- Ulcération de la cornée
- Infection bactérienne secondaire
- Cicatrice sur la cornée en cas de nouvelle érosion
- Uvéite (iritis)

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Acuité visuelle
- Application de colorant à la fluorescéine : les cellules cornéennes lésées ou détruites se colorent en vert; la lampe bleu cobalt facilite l'observation de la zone lésée.

TRAITEMENT

Objectifs

- Prévenir l'infection bactérienne secondaire
- Prévenir l'ulcération de la cornée

Consultation

Consultez un médecin si la lésion est étendue ou centrale ou s'il y a ulcère pénétrant de la cornée à l'examen initial, si la douleur est intense, si la lésion ne guérit pas après 48 heures de traitement ou s'il y a un « anneau de rouille » résiduel.

Intervention non pharmacologique

Appliquez fermement un double pansement sans trop serrer pour tenter de soulager la douleur, si la lésion est étendue. Habituellement, le pansement peut être retiré après 24 heures.

L'application d'un pansement est contre-indiquée lorsque la lésion est associée au port de lentilles cornéennes.

Éducation du client

- Expliquez au client qu'un suivi quotidien s'impose pour que le médecin s'assure que la guérison s'effectue bien.
- Expliquez l'utilisation appropriée des médicaments (type, dose, fréquence, effets secondaires).
- Demandez au client de revenir immédiatement à la clinique si la douleur augmente ou si sa vue baisse avant la visite de contrôle du lendemain.
- Recommandez le port de lunettes de protection au travail pour éviter la répétition de tels incidents.

Interventions pharmacologiques

Instillez des gouttes ophtalmiques anesthésiques topiques :

solution ophtalmique de tétracaïne à 0,5 % (Pontocaine) (**médicament de classe D**), 2 gouttes

Les sensations d'irritation et de corps étranger devraient s'atténuer en 1 à 2 minutes. Appliquez une bonne quantité de pommade ophtalmique antibiotique dans le sac conjonctival inférieur :

pommade ophtalmique de sulfacétamide à 10 % (Cetamide) (**médicament de classe A**)

Surveillance et suivi

- Un suivi s'impose après 24 heures pour évaluer la guérison.
- Si le client ne présente ni signes ni symptômes, vous pouvez lui donner son congé en l'informant sur la prévention de l'érosion cornéenne.
- Si le client présente toujours des symptômes, mais qu'ils s'atténuent, il faut traiter l'œil tel que décrit ci-dessus au moyen d'une pommade ou de gouttes antibiotiques et l'examiner de nouveau tous les jours à la fluorescéine. La zone colorée devrait diminuer de jour en jour. Il faut refaire l'examen tous les jours jusqu'à disparition complète de la lésion.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Pour les lésions centrales ou étendues, il faut adresser le client à un ophtalmologiste dans les 24 heures. S'il ne répond pas au traitement, le délai de consultation de l'ophtalmologiste est de 48 à 72 heures.

ULCÈRE DE LA CORNÉE

DÉFINITION

Infection de la cornée provoquant la dégradation de l'épithélium protecteur. L'ulcère peut être central ou périphérique.

CAUSES

- Bactéries, virus ou champignons
- Bactéries les plus fréquentes : *Pseudomonas*, *Staphylococcus*, *Streptococcus*
- Virus le plus fréquent : *herpès simplex*
- Facteurs de risque : lésion abrasive de la cornée, port de lentilles cornéennes molles, sécheresse des yeux, maladies de la thyroïde, diabète sucré, affection imunosuppressive, usage prolongé de stéroïdes ophtalmiques

SYMPTOMATOLOGIE

- Douleur oculaire
- Vision brouillée
- Sensation de corps étranger
- Photophobie
- Rougeur oculaire

OBSERVATIONS

- Conjonctive enflammée
- Possibilité d'inflammation de la paupière
- Écoulement mucopurulent
- Ulcère visible sur la cornée, mais en général seulement après coloration à la fluorescéine

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Érosion de la cornée
- Conjonctivite
- Blépharite
- Kératite

COMPLICATIONS

- Formation de cicatrice sur la cornée
- Perte irréversible de la vue
- Propagation de l'infection aux autres structures oculaires

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Acuité visuelle
- Coloration à la fluorescéine

TRAITEMENT

Objectifs

- Enrayer l'infection
- Prévenir la perte irréversible de la vue

Consultation

Consultez un médecin immédiatement si vous détectez un ulcère.

Interventions non pharmacologiques

- Appliquez un double pansement stérile sur l'œil.
- Expliquez le diagnostic et l'évolution de la maladie.
- Rassurez le client.

Interventions pharmacologiques

Appliquez une généreuse quantité de pommade antibiotique dans le sac conjonctival inférieur :

sulfacétamide à 10 % (Cetamide) (**médicament de classe A**)

Orientation vers d'autres ressources médicales

Mesure urgente : le client doit consulter un ophtalmologiste dans les 24 heures.

CORPS ÉTRANGER SUR LA CONJONCTIVE, SUR LA CORNÉE OU DANS LE GLOBE OCULAIRE

DÉFINITION

- Présence d'un corps étranger sur la conjonctive, sur la cornée ou dans le globe oculaire.
- Objet de nature organique ou inorganique

CAUSE

Protection inadéquate des yeux.

SYMPTOMATOLOGIE

Faites décrire exactement l'objet et les circonstances dans lesquelles il est entré dans l'œil (à basse ou à haute vitesse); un projectile à haute vitesse peut pénétrer le globe oculaire. Cette situation survient habituellement lors du martèlement du métal.

Dans le cas d'une lésion pénétrante, l'œil peut sembler normal.

- Douleur subite dans un œil.
- Irritation (sensation de corps étranger)
- Larmoiement
- Photophobie
- Possibilité de trouble de la vue

OBSERVATIONS

- Acuité visuelle habituellement normale
- Pupilles égales et rondes, réaction à la lumière et accommodation normales
- Larmoiement
- Le corps étranger peut s'être logé dans le sac conjonctival inférieur ou sous la paupière supérieure; il peut être nécessaire de retourner la paupière supérieure pour trouver l'objet.
- La coloration à la fluorescéine peut révéler une érosion de la cornée.
- S'il s'agit d'un corps étranger métallique, repérez l'anneau de rouille qui se sera formé autour de l'objet.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Autres causes de rougeur des yeux (*voir le tableau 1 dans la section « Rougeur des yeux » plus haut dans ce chapitre*)
- Corps étranger dans le globe oculaire

COMPLICATIONS

- Ulcère de la cornée
- Infection secondaire

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Acuité visuelle des deux yeux
- Coloration à la fluorescéine pour repérer toute lésion de la cornée.

TRAITEMENT

Objectifs

- Retirer le corps étranger.
- Détecter toute lésion de la cornée.
- Repérer un anneau de rouille résiduel.
- Déterminer s'il y a un corps étranger logé dans la cornée.

Consultation

Consultez immédiatement un médecin s'il vous est impossible de déloger l'objet, si vous soupçonnez qu'il est à l'intérieur du globe ou si la sensation de corps étranger ne s'estompe pas (si elle dure 24 heures ou plus) alors que vous n'avez rien détecté.

Interventions non pharmacologiques

Si l'objet est en surface et qu'il n'est pas logé dans la conjonctive, retirez-le en lavant doucement la zone avec une solution saline physiologique, ou en passant délicatement un coton-tige stérile humidifié d'un anesthésique topique ou de solution saline stérile.

Ne tentez pas de retirer un corps étranger que vous savez logé dans le globe, car il peut être plus profondément inclus que nous ne le croyez.

Après avoir retiré l'objet, appliquez la fluorescéine pour détecter tout fragment résiduel, un anneau de rouille ou une lésion de la cornée.

Éducation du client

- Recommandez au client de porter des lunettes de protection au travail pour éviter la répétition d'incidents similaires.
- Soulignez qu'un suivi rigoureux s'impose pour s'assurer que la guérison se déroule bien.

Interventions pharmacologiques

Instillez des gouttes ophtalmiques anesthésiques topiques :

tétracaïne à 0,5 % (Pontocaine) (**médicament de classe D**), 2 gouttes

Surveillance et suivi

Effectuez un suivi après 24 heures pour vous assurer que les symptômes s'atténuent.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Dirigez immédiatement vers un médecin tout patient présentant un corps étranger que vous ne parvenez pas à déloger ou une érosion cornéenne centrale ou étendue. Il en va de même si vous craignez que l'objet ait pénétré le globe oculaire.

Faites voir par un médecin dans les 24 heures tout patient chez qui la sensation de corps étranger persiste, même si vous n'avez rien détecté.

GLAUCOME AIGU À ANGLE FERMÉ

DÉFINITION

Hausse soudaine de la pression intra-oculaire.

La pathogenèse du glaucome reste inconnue; certaines personnes ont une pression intra-oculaire élevée sans être atteintes de glaucome, tandis que d'autres souffrent du glaucome malgré une pression intra-oculaire normale.

CAUSES

- Fermeture de l'angle de la chambre antérieure
- Dilatation spontanée de la pupille par des médicaments ou l'obscurité
- Complication consécutive à la pénétration du globe oculaire par un corps étranger.
- Traumatisme tel que brûlure chimique

SYMPTOMATOLOGIE

- Douleur vive et subite dans un œil
- Vision brouillée, réduite ou nulle
- Possibilité de nausée et de vomissements
- Larmoiement

OBSERVATIONS

- Possibilité d'accélération de la fréquence cardiaque
- Possibilité d'élévation de la tension artérielle
- Possibilité de détresse intense (douleur ou peur)
- Acuité visuelle réduite dans l'œil touché
- Congestion diffuse de la conjonctive
- Possibilité de congestion périlimbique
- Aspect embué de la cornée
- Pupille moyennement dilatée ne réagissant pas à la lumière
- Examen du fond d'œil : la papille optique peut être plus excavée
- Vision périphérique réduite dans l'œil touché
- Pression intra-oculaire élevée (tonométrie -valeurs normales : de 10 à 20 mm Hg)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Éliminez les autres causes de rougeur des yeux (*voir le tableau 1 dans la section « Rougeur des yeux» plus haut dans ce chapitre*).
- Uvéite (iritis)
- Dégénérescence maculaire

COMPLICATIONS

- Perte visuelle
- Perte de l'œil
- Apparition du glaucome dans l'autre œil

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Acuité visuelle centrale et périphérique
- Pression intra-oculaire par tonométrie de Schiøtz (valeurs normales : de 10 à 20 mm Hg); si la pression > 21 mm Hg, il faut entreprendre des examens plus poussés, surtout si le client présente des symptômes.

Dans 85 % des cas présentant une pression intra-oculaire > 21 mm Hg, il n'y a pas de glaucome et la maladie ne risque pas de se déclarer avant cinq ans. La valeur de la tonométrie comme outil de dépistage est discutable, sauf si l'examen est réalisé souvent, au moyen d'instruments précis.

TRAITEMENT

Objectifs

- Identifier le problème sans tarder
- Soulager la douleur
- Préserver la vue en réduisant la pression intra-oculaire

Si la pression intra-oculaire n'est pas abaissée, le glaucome peut se propager à l'autre œil par réaction sympathique.

Consultation

Consultez immédiatement un médecin.

Interventions non pharmacologiques

- Gardez le client au repos.
- Rassurez le client pour calmer son anxiété.
- Expliquez la maladie et sa prise en charge.

Interventions pharmacologiques

Contre la nausée et les vomissements :

diménhydrinate (Gravol) (**médicament de classe A**), 25 à 50 mg IM immédiatement

Contre la douleur :

mépéridine (Demerol) (**médicament de classe D**), 50 à 100 mg IM immédiatement

Pour provoquer la constriction de la pupille :

pilocarpine à 2 % (Isopto Carpine) (**médicament de classe B**), 2 gouttes aux 15 min pendant 1 h, puis 2 gouttes toutes les 30 à 60 min pendant 4 heures, puis 1 goutte aux 4 h

À l'application topique fréquente de pilocarpine pendant une courte période, il y a une possibilité d'effets toxiques généraux (sudation, haut-le-cœur, salivation et tremblements musculaires).

acétazolamide (Diamox) (**médicament de classe B**), 250 mg PO ou IV : peut être utilisé comme adjuvant pour réduire la production d'humeur aqueuse lorsque le transfert à l'hôpital est retardé.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale pour diriger le client vers un ophtalmologiste de toute urgence, car ce problème exige une intervention chirurgicale.

KÉRATITE

DÉFINITION

Inflammation de la cornée.

CAUSES

- Infection bactérienne
- Exposition prolongée et non protégée aux ultraviolets (p. ex. soudeurs travaillant sans masque, cécité des neiges)
- Port prolongé de lentilles cornéennes
- Immunosuppression
- Traumatisme

SYMPTOMATOLOGIE

- Symptômes modérés ou graves
- Vision brouillée
- Douleur péri-oculaire
- Sensation de corps étrangers
- Photophobie intense
- Spasme palpébral

OBSERVATIONS

- Détresse moyenne ou intense
- Divers degrés d'œdème ou de spasme des paupières
- Larmoiement
- Possibilité d'écoulement purulent ou mucoïde
- Conjonctive injectée, possibilité de congestion ciliaire
- Pupilles égales qui réagissent à la lumière
- L'acuité visuelle devrait être normale, même si la vision est brouillée.
- Possibilité d'opacification de la cornée
- Réflexe cornéen photomoteur fragmenté
- Coloration à la fluorescéine : la cornée a une apparence rugueuse ponctuée.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Conjonctivite
- Uvéite (iritis)
- Érosion de la cornée
- Irritation due à un corps étranger sur la cornée

COMPLICATIONS

- Cicatrice sur la cornée ou perte de la vue

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Acuité visuelle des deux yeux
- Coloration du film lacrymal par des bandelettes ou des gouttes de fluorescéine
- Détermination du degré de coloration de la cornée (indice du degré d'atteinte cornéenne); en général, la moitié inférieure de la cornée présente une coloration ponctuée.

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager l'inconfort
- Prévenir les récurrences

Consultation

Consultez un médecin si vous soupçonnez une kératite.

Interventions non pharmacologiques

Appliquez un double pansement sur les yeux, fermement, mais de manière que le client se sente bien (comme le client ne voit rien à travers le pansement, aidez-le à se déplacer).

Éducation du client

Expliquez au client que, pour prévenir la kératite, il faut porter des lunettes de protection à l'extérieur, surtout les journées ensoleillées d'hiver ou pendant des travaux de soudage.

Interventions pharmacologiques

Instillez des gouttes ophtalmiques anesthésiques topiques pour soulager l'inconfort :

tétracaïne à 0,5 % (Pontocaine) (**médicament de classe D**), 2 gouttes

Appliquez une généreuse quantité de pommade ophtalmique antibiotique topique dans le sac conjonctival inférieur :

sulfacétamide à 10 % (Cetamide) (**médicament de classe A**)

Soulagez la douleur par de simples analgésiques :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**) à 500 mg, 1-2 comprimés PO aux 4 heures, au besoin

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale pour faire voir le client par un ophtalmologiste, car il s'agit d'un diagnostic complexe qui doit être posé très rapidement et qui nécessite un traitement spécifique pour éviter la perte de la vision.

KÉRATITE HERPÉTIQUE

DÉFINITION

Infection virale de la cornée accompagnée d'ulcère.

CAUSE

Herpès ou zona.

SYMPTOMATOLOGIE

- Il peut s'agir d'un premier épisode, ou non.
- Souvent précédé d'une infection des voies respiratoires supérieures accompagnée de fièvre.
- Installation subite et marquée, accompagnée de douleur unilatérale intense.
- Avec les récurrences, la douleur s'atténue.
- Légère photophobie.
- Vision brouillée
- Larmoiement

OBSERVATIONS

- Légère accélération de la fréquence cardiaque
- Détresse légère ou modérée
- Acuité visuelle normale
- Rougeur oculaire diffuse
- Possibilité de congestion périlimbale
- Réaction vive des pupilles à la lumière
- Ulcère dendritique visible par coloration à la fluorescéine

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Éliminez les autres causes de rougeur des yeux (*voir le tableau 1 dans la section « Rougeur des yeux » plus haut dans ce chapitre*).

COMPLICATIONS

- Cicatrice permanente de la cornée, accompagnée d'une baisse de la vision
- Exacerbations récurrentes
- Uvéite (iritis)
- Perforation de la cornée

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Acuité visuelle
- Coloration à la fluorescéine pour détecter la présence d'un ulcère dendritique sur la comée (le principal indice diagnostique)

TRAITEMENT

Objectifs

- Déceler ou prévenir l'iritis ou l'uvéite associée
- Soulager les symptômes
- Préserver l'intégrité fonctionnelle de la cornée

Interventions non pharmacologiques

Appliquez un double pansement sur les yeux, fermement, mais de manière que le patient se sente bien (comme le patient ne voit rien à travers le pansement, rassurez-le et aidez-le à se déplacer).

Interventions pharmacologiques

Instillez des gouttes ophtalmiques anesthésiques topiques pour soulager l'inconfort :

tétracaïne à 0,5 % (Pontocaine) (**médicament de classe D**), 2 gouttes

Soulagez la douleur par un simple analgésique :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**) à 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 h, au besoin

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale pour faire voir le client par un ophtalmologiste, car il s'agit d'un diagnostic complexe qui doit être posé très rapidement et qui nécessite un traitement spécifique pour éviter la perte de la vision.

BRÛLURES CHIMIQUES

DÉFINITION

Lésion oculaire résultant du contact avec des liquides ou des poudres acides ou alcalines.

Les brûlures par des produits alcalins peuvent être plus graves, parce que de petites particules peuvent rester dans les structures oculaires, même après le retrait de l'agent; ces résidus peuvent endommager l'œil petit à petit.

CAUSE

Protection inadéquate des yeux pendant la manipulation de ces substances.

SYMPTOMATOLOGIE

Dispensez les premiers soins dès que vous apprenez qu'un produit chimique a été en contact avec l'œil. L'anamnèse détaillée peut être obtenue plus tard.

- Nom du produit (les produits alcalins produisent des brûlures plus graves que les produits acides)
- Heure à laquelle l'accident est survenu (aussi exactement que possible)
- A-t-on essayé de laver l'oeil? Pendant combien de temps?
- Exposition unilatérale ou bilatérale?
- Le produit est-il entré dans l'œil ou a-t-il simplement éclaboussé la paupière?
- Douleur intense et brûlure de l'œil (une brûlure très grave est parfois indolore)
- Spasme de la paupière
- Photophobie
- Vision réduite
- Si le patient a inhalé ou avalé le produit, examinez-le en conséquence (p. ex. appareils digestif et respiratoire).

OBSERVATIONS

- Accélération possible de la fréquence cardiaque (douleur ou peur)
- Élévation possible de la tension artérielle (douleur ou peur)
- Possibilité de détresse aiguë

Brûlure bénigne

- Aspect trouble de la cornée
- Injection de la conjonctive
- Pression intra-oculaire normale

Brûlure moyenne

- Opacité de la cornée
- Flou dans les détails de l'iris
- Nécrose ischémique minimale de la conjonctive et de la sclérotique (blancheur partielle)
- Élévation possible de la pression intra-oculaire

Brûlure grave

- Œdème et voile cornéens marqués
- Contour pupillaire flou
- Blancheur de la conjonctive et de la sclérotique (blancheur marquée de l'œil externe)
- Pression intra-oculaire élevée

Les brûlures causées par des produits alcalins provoquent immédiatement une hausse rapide de la pression intra-oculaire.

COMPLICATIONS

- Perte irréversible de la vue à divers degrés
- Perte de l'œil
- Glaucome à angle fermé

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Acuité visuelle des deux yeux
- Coloration à la fluorescéine

TRAITEMENT

Objectifs

- Diluer le produit chimique *immédiatement*
- Prévenir ou limiter les lésions de la cornée

Consultation

Consultez un médecin au sujet de la marche à suivre après avoir donné les premiers soins (irrigation pour diluer le produit chimique).

Interventions non pharmacologiques

- Lavez immédiatement l'œil au moyen de grandes quantités de soluté physiologique (pour IV); continuez à irriguer pendant 20 minutes. Projetez la solution avec une certaine vigueur sur la cornée et dans le cul-de-sac conjonctival.
- Demandez au patient de déplacer son regard pour que l'ensemble du cul-de-sac puisse être irrigué.
- Une fois que l'œil a été bien irrigué, examinez-le attentivement pour y déceler toute trace de particules (p. ex. parcelles de chaux dans les sacs conjonctivaux); essayez de les déloger en poursuivant l'irrigation ou en utilisant un coton-tige humecté.
- Si vous décelez une lésion de la cornée, appliquez un double pansement sur l'œil, avec tampon oculaire stérile et protégez le tout avec un couvre-œil rigide.

Interventions pharmacologiques

Il peut être nécessaire d'instiller un anesthésique si le spasme palpébral est prononcé. *Il ne faut pas* maintenir la paupière ouverte de force ou instiller des gouttes si vous soupçonnez une rupture du globe oculaire :

tétracaïne à 0,5 % (Pontocaine) (**médicament de classe D**), 2 gouttes

Pour soulager la douleur :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**) à 325 ou 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 heures au besoin

ou

acétaminophène avec codéine (Tylenol N° 2) (**médicament de classe C**), 1-2 comprimés PO toutes les 4 heures au besoin, si la douleur est modérée ou intense

Surveillance et suivi

Assurez un suivi pour déceler l'apparition éventuelle de glaucome consécutif à une brûlure.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Dirigez le client vers un ophtalmologiste immédiatement après avoir donné les premiers soins dans les cas suivants :

- Brûlure par des produits acides ou alcalins
- Acuité visuelle réduite
- Œdème marqué de la conjonctive
- Aspect trouble de la cornée

CONTUSION OU LACÉRATION DE L'ŒIL

DÉFINITION

Lésion traumatique de l'œil ou des structures avoisinantes.

CAUSES

Les contusions et les lacérations peuvent occasionner diverses lésions à l'œil et à ses structures. Les contusions associées aux bagarres, aux sports ou aux accidents de véhicule à moteur peuvent également causer de graves lésions. Les contusions peuvent également être dues à un impact très important, qui provoque la déchirure des tissus.

On dénombre 6 types de lésions :

- Contusion du globe et(ou) des tissus orbitaires
- Fracture de l'orbite (les contusions limitées aux tissus orbitaires et les fractures de l'orbite menacent notablement moins la vue, mais elles peuvent être associées à des lésions faciales et intracrâniennes graves).
- Lacération des annexes ou du globe oculaire : l'une des lésions les plus graves (la rupture du globe oculaire est l'issue la plus grave d'une contusion ou d'une lacération)
- Hémorragie intra-oculaire
- Décollement de la rétine
- Lacérations palpébrales compliquées (moins dangereuses mais potentiellement graves)

Il peut être difficile de détecter une lacération du globe oculaire. Présumez une rupture du globe s'il y a des antécédents ou si vous constatez des signes de traumatisme majeur dû à une force importante.

SYMPTOMATOLOGIE

- Cherchez à connaître comment est survenue la lésion : Qu'est-ce qui a frappé l'œil? Où l'impact a-t-il eu lieu (œil, front ou joue)?
- Intensité du choc? Quand est-ce arrivé?
- Tentez de déterminer si la lésion a pénétré les structures ou si elle se limite aux structures périoculaires.
- Œdème et douleur autour de l'œil
- Possibilité de douleur profonde dans l'œil
- Vision réduite à cause de l'œdème palpébral, d'une lésion rétinienne, d'une lésion cornéenne, du déplacement du cristallin ou de la rupture du globe oculaire.

OBSERVATIONS

Contentez-vous d'examiner l'œil. *Ne le palpez pas.* Il peut être difficile, voire impossible, d'examiner le globe oculaire à cause de l'œdème. Ne maintenez pas la paupière ouverte de force. Évitez d'exercer une pression directement sur le globe et les structures osseuses.

- Détresse modérée à intense
- Accélération possible de la fréquence cardiaque
- Élévation possible de la tension artérielle
- Œdème et ecchymoses autour de l'œil
- Déformation possible de l'os
- Possibilité de réduction de l'acuité visuelle (ne tentez pas de mesurer l'acuité visuelle si vous devez, pour y arriver, maintenir de force la paupière ouverte ou instiller des gouttes)
- Ecchymose et œdème de la conjonctive
- La réaction des pupilles à la lumière devrait être normale; si elle ne l'est pas, il y a peut-être lésion du globe.
- Un reflet rétinien devrait être présent; toute anomalie peut révéler un décollement de la rétine ou une lésion du cristallin.
- Y a-t-il du sang dans la chambre antérieure?
- Les mouvements extra-oculaires devraient être normaux; une restriction du mouvement lorsque l'œil touché regarde vers le haut *peut dénoter une fracture du plancher de l'orbite*.
- Sensibilité des structures osseuses au toucher

COMPLICATIONS

- Perte de la vue
- Décollement de la rétine
- Déplacement du cristallin
- Glaucome aigu à angle fermé
- Rupture du globe
- Hyphéma
- Fracture de l'os orbitaire
- Lacération de la paupière

TESTS DIAGNOSTIQUES

Acuité visuelle des deux yeux (pour arriver à la mesurer, vous ne devez pas avoir à maintenir de force la paupière ouverte ni à instiller des gouttes).

TRAITEMENT

Objectifs

- Déceler toute lésion grave de l'œil ou de l'os orbitaire.
- Protéger l'œil de toute autre lésion.

Consultation

Consultez immédiatement un médecin si vous détectez ou soupçonnez des lésions graves.

Interventions non pharmacologiques

- Recouvrez l'œil d'une gaze stérile *sans serrer* et appliquez un couvre-œil rigide pour éviter toute autre lésion; n'instillez rien dans l'œil.
- Le patient doit être maintenu au repos, en position semi-assise.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale pour faire voir le client par un ophtalmologiste si l'examen évoque ou confirme un des éléments suivants :

- Douleur intense
- Acuité visuelle réduite
- Ecchymose prononcée de la conjonctive
- Hyphéma (sang dans la chambre antérieure)
- Pupille irrégulière
- Lacération de la cornée ou de la sclérotique
- Déformation ou lacération du globe
- Lacération de la paupière

CONTUSION MINEURE DES TISSUS MOUS

Dès que la possibilité de lésions graves du globe, de la paupière ou de l'orbite est écartée, l'œdème ou la contusion des tissus mous péri-oculaires n'est pas considéré comme grave.

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager les symptômes
- Prévenir toute autre lésion

Interventions non pharmacologiques

- Compresses froides plusieurs fois par jour pour réduire l'œdème.
- Port d'un couvre-œil rigide pendant 1 ou 2 jours pour éviter toute nouvelle lésion.
- Port de lunettes de protection pour la pratique d'activités à risque élevé, de sports de contact ou pour le travail du bois ou des métaux.

Interventions pharmacologiques

Analgésiques :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**) à 325 ou 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 heures, au besoin

ou

ibuprofène (Motrin) (**médicament de classe A**) à 200 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 heures, au besoin

Surveillance et suivi

Revoyez le client après 2 ou 3 jours, lorsque l'œdème est résorbé, pour réexaminer attentivement l'œil.

UVÉITE (IRITIS)

DÉFINITION

Inflammation du tractus uvéal (iris, corps ciliaire ou choroïde). L'inflammation peut intéresser une seule ou les trois parties du tractus uvéal. Le plus souvent, il s'agit d'une uvéite antérieure aiguë (iritis).

CAUSES

Habituellement idiopathique, l'uvéite peut être associée à une maladie générale (syndrome de Feissinger-Leroy-Reiter, spondylarthrite ankylosante, sarcoïdose, arthrite juvénile, herpès, zona) ou elle peut être une complication d'un traumatisme oculaire comme une érosion de la cornée.

SYMPTOMATOLOGIE

- Installation soudaine accompagnée de douleur péri-oculaire unilatérale intense
- Photophobie
- Larmoiement
- Vue brouillée et parfois réduite
- Antécédents possibles d'épisodes semblables
- Antécédents d'autres affections générales connexes

OBSERVATIONS

- Possibilité de détresse aiguë
- Accélération possible de la fréquence cardiaque
- Acuité visuelle réduite dans l'œil touché
- Conjonctive rouge
- Congestion périlimbale (ciliaire)
- Cornée claire avec précipités blancs
- Possibilité de flou dans la bordure de l'iris
- Pupille petite, peut-être même de forme irrégulière, qui réagit mal à la lumière
- Possibilité d'hypopion (pus dans la chambre antérieure)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Éliminez les autres causes de rougeur des yeux (*voir le tableau 1 dans la section « Rougeur des yeux », plus haut dans ce chapitre*).

COMPLICATIONS

- Glaucome aigu à angle fermé
- Adhérences postérieures (synéchie)
- Vision réduite

TESTS DIAGNOSTIQUES

Acuité visuelle, si possible.

TRAITEMENT

Objectifs

Identifier le problème le plus rapidement possible.

Consultation

Consultez *immédiatement* un médecin pour déterminer la conduite à tenir.

Interventions non pharmacologiques

- Expliquez la maladie et le traitement au client.
- Rassurez le client pour calmer son anxiété.
- Installez un couvre-œil en métal ou en plastique.
- N'appliquez aucune pression sur l'œil.
- S'il n'y a pas de couvre-œil, le patient doit porter des lunettes de soleil.

Interventions pharmacologiques

Au départ, il faut habituellement appliquer des gouttes ophtalmiques topiques à action rapide pour dilater la pupille. Cette intervention permet de soulager la douleur (causée par le spasme des muscles ciliaires et des muscles de l'iris) et prévenir la formation d'une cicatrice entre le bord de la pupille et la capsule antérieure du cristallin (synéchie postérieure) :

cyclopentolate à 1 % (Cyclogyl) (**médicament de classe B**), 1 goutte toutes les 6 heures

ou

tropicamide 1 % (Mydriacyl) (**médicament de classe B**), 1 goutte toutes les 6 heures

Les effets dilatateurs et antispasmodiques sont maximaux de 30 à 60 minutes après l'instillation et durent généralement de 3 à 6 heures.

Ces médicaments peuvent augmenter la pression intra-oculaire et mener au glaucome aigu. Ce risque est plus grand chez les patients âgés.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale pour faire voir le client par un ophtalmologiste.

CHAPITRE 2 – OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE (ORL)

Table des matières

ÉVALUATION DES OREILLES, DU NEZ ET DE LA GORGE

ANAMNÈSE ET EXAMEN DE LA TÊTE

GÉNÉRALITÉS

Chaque symptôme doit être noté et examiné en fonction des caractéristiques suivantes :

- Apparition (soudaine ou graduelle)
- Évolution dans le temps
- Situation actuelle (amélioration ou aggravation)
- Localisation
- Irradiation
- Qualité
- Fréquence et durée
- Sévérité
- Facteurs déclenchants et aggravants
- Facteurs de soulagement
- Symptômes associés
- Répercussions sur les activités quotidiennes
- Épisodes similaires déjà diagnostiqués
- Traitements antérieurs
- Efficacité des traitements antérieurs

SYMPTÔMES DOMINANTS

En plus des caractéristiques générales énumérées ci-dessus, il faut aussi explorer les symptômes spécifiques suivants.

Oreilles

- Changements récents dans l'audition
- Port et efficacité des prothèses auditives
- Démangeaisons
- Otalgie
- Écoulement
- Acouphènes
- Vertiges
- Traumatisme de l'oreille

Nez

- Écoulement nasal ou rétro-nasal
- Épistaxis
- Obstruction de l'entrée d'air
- Douleur sinusale
- Démangeaisons
- Traumatisme du nez

Bouche et gorge

- État de la dentition
- Lésions buccales
- Saignement des gencives
- Maux de gorge
- Dysphagie (difficulté à avaler)
- Voix enrouée ou changement récent dans la voix

Cou

- Douleur
- Enflure
- Ganglions enflés

Autres symptômes associés

- Fièvre
- Malaise
- Nausées ou vomissements

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (ORL)

- Otites ou pharyngites fréquentes
- Sinusites
- Traumatisme à la tête ou aux oreilles, au nez ou à la gorge
- Chirurgie ORL
- Audiométrie dénotant une perte auditive
- Allergies
- Prise régulière de médicaments prescrits ou en vente libre

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (ORL)

- Autres membres de la famille présentant des symptômes semblables
- Allergies saisonnières
- Asthme
- Perte auditive
- Maladie de Menière
- Cancer ORL

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET SOCIAUX (ORL)

- Expositions fréquentes à l'eau (otite du baigneur)
- Utilisation d'un objet pour nettoyer l'oreille
- Logement surpeuplé
- Habitudes d'hygiène dentaire
- Exposition à de la fumée ou à d'autres toxines respiratoires
- Voyage récent en avion
- Exposition professionnelle à des toxines ou à des bruits forts

EXAMEN DES OREILLES, DU NEZ ET DE LA GORGE

ASPECT GÉNÉRAL

- État de santé apparent
- Degré de confort ou de détresse
- Coloration (teint rouge ou pâle)
- État nutritionnel (obésité ou maigreur)
- Concordance entre l'apparence et l'âge déclaré
- Difficulté de la démarche ou de l'équilibre

OREILLES

Inspection

- Pavillon : lésions, apparence ou position anormale
- Conduit auditif : écoulement, œdème, rougeur, cérumen, corps étrangers
- Tympan : couleur, triangle lumineux, repères, apparence bombée ou enfoncée, perforation, cicatrice, bulles d'air, niveau de liquide

Évaluez l'audition à l'aide d'une montre ou en murmurant; procédez à une audiométrie de dépistage ou à une tympanométrie (si vous disposez de l'équipement nécessaire).

Palpation

- Sensibilité du tragus et de l'apophyse mastoïdienne
- Sensibilité du pavillon de l'oreille à la manipulation
- Ganglions pré ou post-auriculaires

NEZ

Inspection

- Partie externe : inflammation, déformation, écoulement, saignement
- Partie interne : coloration de la muqueuse, œdème, déviation de la cloison nasale, polypes, sources de saignement
- Transilluminez les sinus pour détecter toute perte de transparence (reflet lumineux)

Palpation

Sensibilité des sinus et du nez

Percussion

Sensibilité des sinus et du nez

BOUCHE ET GORGE

Inspection

- Lèvres : coloration, lésions, symétrie
- Cavité buccale : odeur de l'haleine, coloration, lésions de la muqueuse buccale
- Dents et gencives : rougeur, œdème, caries
- Langue : coloration, texture, lésions, sensibilité du plancher buccal
- Gorge : couleur, enflure des amygdales, exsudat

COU

Inspection

- Symétrie
- Œdème
- Masses
- Rougeur
- Hypertrophie de la thyroïde

Palpation

- Sensibilité, hypertrophie, mobilité, contour et consistance des ganglions et des masses
- Thyroïde : taille, consistance, contour, position, sensibilité

AFFECTIONS COURANTES DES OREILLES ET DU NEZ

OTITE EXTERNE

DÉFINITION

Infection ou inflammation du conduit auditif.

Otite externe bénigne

Inflammation limitée au conduit auditif, qui n'est pas sensiblement rétréci. Il peut y avoir présence de pus.

Otite externe modérée

Rétrécissement important du conduit auditif et enflure appréciable des tissus mous.

Otite externe grave

Obstruction importante du conduit auditif. Envahissement des tissus mous, particulièrement le long du plancher du conduit, s'étendant vers la ligne médiane, comme il arrive souvent dans le cas de l'otite externe maligne.

CAUSES

- Bacilles Gram négatifs : *Proteus*, *Pseudomonas*
- Coques Gram positifs : (moins fréquents) : *Staphlylococcus*, *Streptococcus*
- Infection fongique (p. ex. candidose)
- Facteurs prédisposants : prothèse auditive, conduit auditif étroit, utilisation de coton-tige, utilisation de bouchons d'oreille, baignade dans des eaux contaminées
- Facteurs de risque : immunosuppression (p. ex. chez les patients atteints de diabète ou de cancer et chez ceux qui ont subi une greffe), prise de stéroïdes par voie générale

SYMPTOMATOLOGIE

- Douleur à l'oreille (otalgie)
- Prurit ou irritation
- Écoulement purulent du conduit auditif (blanchâtre, verdâtre ou gris)
- Exposition récente à l'eau ou traumatisme mécanique récent
- Dans certains cas, perte auditive ou sensation de pression dans l'oreille

OBSERVATIONS

- Fièvre possible
- Rougeur et œdème du conduit auditif et du pavillon de l'oreille
- Exsudat purulent ou débris dans le conduit
- La membrane tympanique est généralement normale (parfois un peu rouge).
- Si l'œdème et les débris sont importants, il peut être impossible de voir la membrane tympanique.
- La manipulation du pavillon de l'oreille ou une pression sur le tragus cause de la douleur.
- Les ganglions péri-auriculaires et cervicaux antérieurs peuvent être hypertrophiés et sensibles.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Otite moyenne aiguë avec perforation
- Affection de la peau s'étendant à l'oreille
- Mastoïdite
- Furoncle dans le conduit auditif
- Irritation causée par un corps étranger

COMPLICATIONS

- Otite externe sévère avec obstruction du conduit auditif
- Cellulite de l'oreille externe et de la face

TESTS DIAGNOSTIQUES

Prélevez un échantillon par écouvillonnage en vue d'une culture et d'un antibiogramme s'il y a présence d'exsudat (pour qu'on puisse choisir l'antibiotique approprié en cas d'échec du traitement initial).

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager la douleur
- Prévenir les récidives
- Empêcher l'infection de s'étendre

Consultation

Il n'est généralement pas nécessaire de consulter un médecin, à moins que l'on observe une cellulite de l'oreille externe ou de la face, que le problème soit récurrent ou que le client soit immunodéprimé.

Interventions non pharmacologiques

- Il faut débrider le conduit auditif. Cette intervention est absolument essentielle.
- Nettoyez l'oreille externe et le conduit auditif avec un soluté physiologique et enlevez doucement les débris et l'exsudat à l'aide d'une mèche de gaze.
- Si un drainage important s'ensuit ou si le conduit auditif risque de rétrécir davantage, une mèche d'oreille (1 po [2,5 cm] de coton ou de gaze), insérée doucement dans le conduit et laissée en place, aidera à garder le conduit ouvert et à faire en sorte que les médicaments instillés dans l'oreille se rendent au fond du conduit.
- Changez la mèche chaque jour.

Éducation du client

- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (si possible, demandez à un membre de sa famille d'instiller les gouttes et de nettoyer l'oreille).
- Expliquez au client comment nettoyer l'oreille avant d'instiller les médicaments.
- Expliquez au client comment éviter de nouvelles irritations (p. ex. ne pas insérer de coton-tige dans ses oreilles).
- Recommandez au client de bien s'assécher les oreilles après avoir nagé ou d'utiliser des bouchons d'oreilles lorsqu'il se baigne.
- Expliquez au client comment bien nettoyer sa prothèse auditive ou ses bouchons d'oreilles.

En cas de récidive, amorcez des mesures prophylactiques :

Solution de Burow (solution otique Buro-Sol) (**médicament de classe A**), instiller 2 ou 3 gouttes après la baignade ou la douche

ou

instiller 2 ou 3 gouttes de vinaigre, non dilué ou dilué de moitié, après la baignade ou la douche

Interventions pharmacologiques

Traitez la douleur par des analgésiques simples :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 325 ou 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4-6 heures au besoin

Otite externe bénigne

Si l'infection est très bénigne (pas d'exsudat et très peu d'inflammation), envisagez l'utilisation d'un antiseptique topique :

Solution de Burow (solution otique Buro-Sol) (**médicament de classe A**), instiller 2 ou 3 gouttes tid ou qid

Selon certaines études, l'utilisation d'un antiseptique de format topique ou d'un antibiotique (gentamicine) en gouttes n'influence pas les résultats cliniques.

Otite externe modérée

Si l'inflammation et la purulence sont importantes, ou si le traitement décrit plus haut n'a rien donné, instillez dans l'oreille des gouttes associant un antibiotique et un anti-inflammatoire (stéroïdien) :

dexaméthasone/framycétine (gouttes otiques Sofracort) (**médicament de classe A**), 2 gouttes tid ou qid pendant 7-10 jours

ou

hydrocortisone/néomycine/polymyxine B (solution otique Cortisporin) (**médicament de classe A**), 2 gouttes tid ou qid pendant 7-10 jours

ou

bétaméthasone (gouttes otiques Garasone) (**médicament de classe C**), 2 gouttes tid ou qid pendant 7 jours

Si vous soupçonnez une perforation de la membrane tympanique, il faut probablement éviter Garasone à cause du risque d'ototoxicité qui peut exister si des aminosides (comme la garamycine contenue dans Garasone) sont administrés pendant plus de 7 jours en présence d'une perforation.

Otite externe grave

Voir la section « Orientation vers d'autres ressources médicales » plus loin.

Otite externe fongique

Des champignons microscopiques peuvent causer l'otite externe, particulièrement chez les patients immunodéprimés. Dans les cas d'otites externes bénignes ou modérées dues à de tels micro-organismes, il faut administrer des agents antifongiques.

clotrimazole crème à 1 % (Canesten) (**médicament de classe A**), appliquer bid

Surveillance et suivi

- Revoyez le client après 1-3 jours (demandez-lui de revenir plus tôt si la douleur augmente ou si une fièvre apparaît malgré le traitement)
- Assurez un suivi après 10 jours, une fois le traitement terminé

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Dirigez immédiatement vers un médecin les cas d'otite externe grave qui peuvent nécessiter une hospitalisation pour une antibiothérapie IV.
- Consultez un médecin pour les cas d'otites externes à répétition, surtout si elles sont d'origine fongique, pour qu'il puisse évaluer si le client est immunodéprimé.

OTITE MOYENNE AIGUË

DÉFINITION

Infection de l'oreille moyenne.

CAUSES

- Origine virale dans 25 % des cas
- Forme bactérienne attribuable à *Hemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*

Le fait de fumer ou d'inhaler la fumée secondaire est un facteur prédisposant important.

SYMPTOMATOLOGIE

- Malaise général et fièvre
- Douleur pulsatile à l'oreille
- Sensation de pression
- Diminution de l'acuité auditive
- Acouphènes ou bourdonnements dans l'oreille, vertiges
- Écoulement purulent si le tympan est perforé
- Une infection des voies respiratoires supérieures (IVRS) peut être présente ou peut avoir précédé l'otite moyenne.

OBSERVATIONS

- Fièvre possible
- Le client peut présenter des symptômes légers ou modérés.
- Tympan rouge, mat, bombé
- Repères osseux moins visibles ou absents
- Perforation possible du tympan et écoulement de pus dans le conduit auditif
- Mobilité diminuée de la membrane tympanique
- Bulles visibles sur la membrane tympanique (mais seulement dans les cas d'infection à mycoplasme)
- Ganglions péri-auriculaires et cervicaux antérieurs hypertrophiés et sensibles

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Otite externe aiguë
- Épanchement transitoire dans l'oreille moyenne (sans infection)
- Mastoïdite
- Traumatisme ou irritation causée par un corps étranger
- Douleur irradiant vers l'oreille à partir d'un abcès dentaire ou dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire

COMPLICATIONS

- Diminution ou perte de l'acuité auditive
- Otite moyenne séreuse
- Mastoïdite
- Otite moyenne chronique
- Méningite
- Abcès épidural
- Cholestéatome

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Prélevez par écouvillonnage tout écoulement en vue d'une culture et d'un antibiogramme.

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager la douleur
- Prévenir les complications

Consultation

S'il n'y a pas de complication, il n'est généralement pas nécessaire de consulter un médecin.

Interventions non pharmacologiques

Éducation du client

- Recommandez au client de prendre du repos pendant la phase fébrile aiguë.
- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (posologie, adhésion au traitement, suivi).
- Renseignez-le sur l'évolution de la maladie et les résultats prévus (l'otite moyenne séreuse peut persister pendant des semaines).
- Conseillez au client d'éviter de prendre l'avion tant que les symptômes n'auront pas disparu.

Interventions pharmacologiques

Pour soulager la douleur et la fièvre :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 325 ou 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4-6 h au besoin

Antibiothérapie :

amoxicilline (Amoxil) (**médicament de classe A**), 250 mg PO tid pendant 10 jours

ou

sulfaméthoxazole/triméthoprime (Septra DS) (**médicament de classe A**), 1 comprimé PO bid pendant 10 jours

ou

érythromycine (E-Mycin) (**médicament de classe A**), 250 mg PO qid pendant 10 jours

Surveillance et suivi

- Demandez au client de revenir après trois jours si les symptômes ne se sont pas atténués ou s'ils s'aggravent malgré le traitement.
- Revoyez le client après 10-14 jours : surveillez les signes d'une otite moyenne séreuse.
- Évaluez l'audition du client un mois après le traitement.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Elle n'est pas nécessaire s'il n'y a pas de complication.

OTITE MOYENNE CHRONIQUE (OTORRHÉE PURULENTE)

DÉFINITION

Infection persistante ou infection légère récurrente de l'oreille moyenne.

CAUSES

- *Proteus*, *Pseudomonas* ou *Staphylococcus*
- Contamination de l'oreille moyenne par de l'eau

SYMPTOMATOLOGIE

- Diminution de l'acuité auditive
- Écoulement constant et nauséabond de l'oreille
- Acouphènes
- Absence de douleur (habituellement)
- Absence de fièvre

OBSERVATIONS

- Le client semble bien portant dans l'ensemble.
- Écoulement purulent et nauséabond du conduit auditif.
- Perforation de la membrane tympanique.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Otite externe chronique
- Otite moyenne subaiguë

COMPLICATIONS

- Perte auditive importante et permanente
- Mastoïdite
- Cholestéatome

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Prélevez par écouvillonnage un échantillon de l'écoulement en vue d'une culture et d'un antibiogramme.

TRAITEMENT

Objectifs

- Prévenir les complications
- Éviter le recours inutile aux antibiotiques

Consultation

Il faut consulter un médecin si les symptômes persistent malgré le traitement.

Interventions non pharmacologiques

Éducation du client

- Expliquez l'évolution et l'issue probable de la maladie.
- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (y compris l'adhésion au traitement).
- Expliquez au client les règles d'hygiène de l'oreille : il faut laver le conduit auditif à l'aide d'une solution de peroxyde d'hydrogène à 3 % avant d'instiller les gouttes de médicament afin d'enlever tout exsudat ou débris (montrez à un membre de la famille du client comment procéder et demandez-lui de le faire).
- Recommandez au client de bien s'assécher les oreilles après avoir nagé ou d'utiliser des bouchons lorsqu'il se baigne.
- Montrez au client comment nettoyer sa prothèse auditive et ses bouchons d'oreilles.
- Pour éviter une récurrence de l'infection, recommandez au client de nettoyer le conduit auditif à l'aide de solution de Burow (solution otique Buro-Sol; **médicament de classe A**) ou d'une solution faite de vinaigre et d'eau stérile à parts égales; instiller 4-6 gouttes dans l'oreille après la baignade.

Interventions pharmacologiques

Otite moyenne chronique bénigne

Des gouttes antibiotiques topiques suffisent :

dexaméthasone/framycétine (solution otique Sofracort) (**médicament de classe A**), 2 ou 3 gouttes tid ou qid pendant 10-14 jours

ou

hydrocortisone/néomycine/polymyxine B (solution otique Cortisporin) (**médicament de classe A**), 4 gouttes tid ou qid pendant 10-14 jours

Otite moyenne chronique modérée

En cas d'atteinte importante des tissus mous, des antibiotiques à action générale sont indiqués :

sulfaméthoxazole/triméthoprime (Septra DS) (**médicament de classe A**), 1 comprimé PO bid pendant 14 jours

ou

céphalexine (Keflex) (**médicament de classe C**), 250 mg PO qid pendant 14 jours

ou

amoxicilline/clavulanate (Clavulin) (**médicament de classe B**), 250 mg PO tid pendant 14 jours

La prise d'antibiotiques par voie orale doit être accompagnée d'un nettoyage systématique du conduit auditif et de l'administration topique de gouttes antibiotiques dans l'oreille, de la façon décrite plus haut pour l'otite moyenne chronique bénigne.

Surveillance et suivi

Assurez un suivi après 7-14 jours.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Il peut être nécessaire de diriger le client vers un spécialiste en ORL si le traitement ne donne aucun résultat ou si des complications surviennent. Dans certains cas, une intervention chirurgicale est nécessaire.

OTITE MOYENNE SÉREUSE (AVEC ÉPANCHEMENT)

DÉFINITION

Présence d'un liquide non infectieux dans l'oreille moyenne pendant plus de 3 mois en l'absence de tout symptôme ou signe d'infection aiguë.

CAUSES

- Dysfonction de la trompe d'Eustache
- Facteurs prédisposants : infection virale des voies respiratoires supérieures, allergies, barotraumatisme, hypertrophie adénoïdienne, otite moyenne aiguë récente

SYMPTOMATOLOGIE

- Existence d'un des facteurs prédisposants
- Diminution de l'acuité auditive dans l'oreille touchée
- Sensation de pression dans l'oreille
- Démangeaisons possibles au nez et aux oreilles
- Douleur légère ou absence de douleur
- Absence de fièvre

OBSERVATIONS

- Membrane tympanique intacte, mate, rétractée ou hypomobile
- Présence d'un liquide clair ou de bulles d'air derrière la membrane tympanique
- Les repères osseux sont généralement accentués à cause de la rétraction du tympan.
- L'audiométrie peut révéler une perte auditive.
- Résultats anormaux aux tests d'audition (surdité de transmission)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Dysfonction de la trompe d'Eustache
- Tumeur du nasopharynx (si le problème dure depuis longtemps)

COMPLICATIONS

- Infection secondaire (otite mo yenne aiguë purulente)
- Otite moyenne séreuse chronique
- Perte auditive
- Bouchon de cérumen

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Découvrir la cause sous-jacente
- Soulager les symptômes
- Prévenir toute perte auditive

Consultation

Il faut consulter un médecin si un épanchement accompagné d'une perte auditive importante (plus de 20 dB) persiste pendant plus de 2 ou 3 mois.

Interventions non pharmacologiques

Éducation du client

- Expliquez l'évolution et l'issue prévue de la maladie.
- Comme les symptômes peuvent durer longtemps (2-3 mois), rassurez le client.
- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (posologie et adhésion au traitement).
- Conseillez au client d'éviter de prendre l'avion tant que les signes et symptômes d'otite n'auront pas d isparu.
- Décrivez les signes et les symptômes de l'otite moyenne purulente et demandez au client de revenir à la clinique s'ils surviennent.
- Demandez au client d'essayer d'équilibrer doucement la pression entre l'oreille moyenne et la gorge, par des gestes simples comme bailler ou mâcher de la gomme.

Interventions pharmacologiques

La plupart des études démontrent que les antihistaminiques et les décongestionnants sont inefficaces, mais ils apportent un certain soulagement des symptômes pour certains clients. Proposez un traitement à court terme par ces agents.

Antihistaminiques ou décongestionnants oraux (ou les deux) :

pseudoéphédrine (Sudafed) (**médicament de classe A**), 30-60 mg PO tid ou qid pendant 4-7 jours

ou

triprolidine (Actifed) (**médicament de classe A**), 1 comprimé PO tid pendant 2-4 semaines

Commencez par la plus faible dose et la plus petite fréquence, expliquez au client qu'il doit augmenter la dose lentement pour prévenir les effets secondaires (comme l'agitation, l'insomnie, l'irritabilité ou des tremblements).

Il ne faut pas prescrire de décongestionnants aux patients âgés, aux personnes souffrant d'hypertension, de maladies du cœur, de maladies vasculaires périphériques, d'hyperthyroïdie, aux personnes ayant des antécédents de glaucome aigu à angle fermé ou de rétention urinaire, ni enfin aux personnes qui prennent des antidépresseurs ou des inhibiteurs de la monoamine-oxydase.

Surveillance et suivi

Vérifiez la réponse au traitement après 2-4 semaines. Notez en particulier toute amélioration de l'audition ou diminution des acouphènes.

Réévaluez l'audition, de préférence à l'aide d'une audiométrie de dépistage (si possible).

Orientation vers d'autres ressources médicales

Dirigez le client vers un spécialiste en ORL si l'épanchement persiste après 3 mois.

CÉRUMINOSE (BOUCHON DE CÉRUMEN)

DÉFINITION

Obstruction du conduit auditif par du cérumen (cire).

CAUSES

Le cérumen est sécrété naturellement par le conduit auditif et est normalement éliminé par les mécanismes du corps. Il arrive parfois qu'il soit produit en quantité excessive au point d'obstruer partiellement ou complètement le conduit auditif.

SYMPTOMATOLOGIE

- Otalgie
- Sensation de pression
- Prurit
- Surdité de transmission

OBSERVATIONS

– Du cérumen durci obstrue le conduit auditif.
– Le conduit auditif peut être rouge et enflé.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

– Irritation causée par un corps étranger
– Otite moyenne
– Otite externe

COMPLICATIONS

– Perte auditive
– Otite externe

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

– Retirer le cérumen
– Traiter toute irritation sous-jacente du conduit auditif

Consultation

Il n’est généralement pas nécessaire de consulter un médecin.

Interventions non pharmacologiques

– Injectez de l’eau tiède dans l’oreille à l’aide d’une seringue jusqu’à ce que le bouchon de cérumen soit dégagé.
– Il est parfois utile de ramollir le bouchon de cérumen à l’aide de quelques gouttes d’huile minérale ou d’huile pour bébé légèrement réchauffée avant d’irriguer l’oreille.
– Pour prévenir la céruminose, toute personne qui sécrète beaucoup de cérumen peut de temps à autre (une ou deux fois par semaine) instiller 3 gouttes d’une solution faite de peroxyde d’hydrogène et d’eau à parts égales dans chaque oreille pour réduire les risques de formation d’un bouchon. Il suffit d’instiller une ou deux gouttes d’huile pour bébé dans l’oreille une ou deux fois par semaine pour empêcher le cérumen de durcir.

Surveillance et suivi

Demandez au client de revenir si ses symptômes réapparaissent.

LABYRINTHITE

DÉFINITION

Affection du labyrinthe vestibulaire de l’oreille interne

CAUSES

– Infection virale
– Dérèglement des systèmes vestibulaire, visuel et somatosensoriel, déclenché par un stimulus externe comme le mal des transports ou le fait de s’arrêter brusquement après avoir virevolté.
– Tumeurs situées dans les voies vestibulaires
– Médicaments ototoxiques, particulièrement les aminoglucosides
– Blessure à la tête
– Névrite
– Vascularite

SYMPTOMATOLOGIE

– Vertiges (symptôme prédominant)
– Étourdissements
– Nausées et vomissements
– Perte auditive intermittente
– Acouphènes
– Malaise
– Transpiration

OBSERVATIONS

– Diaphorèse
– Salivation accrue
– Nystagmus

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

– Vertiges positionnels bénins
– Maladie de Menière
– Mastoïdite bactérienne chronique
– Lésion vestibulaire causée par des médicaments
– Neurinome de l’acoustique
– Sclérose en plaques
– Épilepsie temporale

COMPLICATIONS

– Perte auditive permanente
– Chute pouvant entraîner des blessures

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

– Détecter et traiter toute maladie sous-jacente si on soupçonne autre chose qu'une labyrinthite virale.
– Offrir un traitement de soutien uniquement pour les symptômes.

Consultation

Il faut consulter un médecin si les symptômes du client persistent pendant plus d'une semaine malgré le traitement ou si on soupçonne autre chose qu'une affection virale simple.

Interventions non pharmacologiques

Conseillez au client de se reposer dans une pièce sombre, les yeux fermés, pendant les crises aiguës (entre les crises, il peut faire les activités qu'il tolère).

Interventions pharmacologiques

Pour soulager les nausées et les vomissements :

dimenhydrinate (Gravol) (**médicament de classe A**), 50-75 mg toutes les 6 h au besoin

Surveillance et suivi

Assurez un suivi après 1 ou 2 jours pour voir si les symptômes sont soulagés. Veillez à ce que le client ne se déshydrate pas s'il a beaucoup de nausées ou de vomissements.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Dirigez le client vers un médecin si vous soupçonnez autre chose qu'une labyrinthite virale, particulièrement si les crises sont sévères ou récurrentes. La consultation d'un neurologue peut être nécessaire pour diagnostiquer et traiter un trouble sous-jacent.

MALADIE DE MENIÈRE

DÉFINITION

Affection de l'oreille interne dans laquelle le volume et la pression du liquide contenu dans l'oreille moyenne augmentent, ce qui entraîne des crises récidivantes réunissant un ensemble de symptômes.

CAUSES

– Les causes de cette maladie sont inconnues, mais il s'agirait, d'après la théorie la plus acceptée, d'une réaction de l'oreille interne à une lésion (p. ex. réduction de la pression de l'oreille interne, allergie, maladie endocrinienne, trouble du métabolisme des lipides, trouble vasculaire, infection virale).
– D'après une théorie plus récente, la maladie de Menière résulterait de la compression intracrânienne d'un nerf de l'équilibre par un vaisseau sanguin.

Facteurs de risque

– Race blanche
– Stress
– Allergie
– Consommation élevée de sel
– Exposition au bruit

SYMPTOMATOLOGIE

– Alternance de crises et de périodes de rémission
– Perte auditive intermittente (perception des basses fréquences)
– Vertiges (crises spontanées pouvant durer de 20 minutes à plusieurs heures)
– Sensation de plénitude dans l'oreille
– Nausées, vomissements
– Chute
– Prostration (incapacité de se lever parce que tout mouvement aggrave les symptômes)

OBSERVATIONS

– Pâleur
– Transpiration
– Détresse, abattement
– Une certaine déshydratation est possible si le client vomit beaucoup.
– Des épreuves audiométriques utilisant des sons purs peuvent mettre en évidence une surdité de perception des basses fréquences et une perception amoindrie du discours.
– Les épreuves faites à l'aide d'un diapason (Weber et Rinne) confirment les résultats de l'audiométrie.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

– Labyrinthite virale
– Vertiges positionnels bénins
– Neurinome de l'acoustique
– Syphilis
– Sclérose en plaques
– Insuffisance vertébrobasillaire

COMPLICATIONS

- Perte auditive
- Blessures résultant de chutes pendant les crises
- Incapacité de travailler
- Impossibilité de diagnostiquer un neurinome de l'acoustique

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager les symptômes
- Déterminer la cause sous-jacente

Consultation

Il faut consulter un médecin pour établir un diagnostic (ce n'est pas urgent tant que l'état du client est stable et que ses symptômes sont soulagés par les médicaments).

Interventions non pharmacologiques

Éducation du client

Conseillez le client sur la façon de prévenir les crises : chercher des moyens de réduire le stress, consommer moins de sel, cesser de fumer, éviter toute exposition prolongée au bruit (le client devrait porter des protecteurs d'oreilles), éviter les médicaments ototoxiques comme l'acide acétylsalicylique (ASA).

Interventions pharmacologiques

Pendant les crises aiguës, pour soulager les nausées et les vomissements :

> dimenhydrinate (Gravol) (**médicament de classe A**), 50 mg IM ou PO toutes les 4 heures au besoin

Surveillance et suivi

Évaluez l'audition au moins une fois par an chez les clients dont les symptômes sont stables.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Dirigez le client vers un médecin si ses symptômes ne sont pas soulagés ou si la perte auditive est évidente. Un neurologue devra peut-être examiner le client pour diagnostiquer et traiter le trouble sous-jacent.

RHINITE

Il existe trois types de rhinite dont il faut tenir compte dans le diagnostic différentiel d'une congestion nasale et d'une rhinorrée.

DÉFINITION

Rhinite allergique : Réaction inflammatoire de la muqueuse nasale.

Rhinite vasomotrice : Inflammation chronique de la muqueuse nasale, qui dépend de l'hyperréactivité de celle-ci (non allergique).

Rhinite virale (IVRS) : Infection virale limitée aux voies respiratoires supérieures, généralement bénigne et spontanément résolutive.

CAUSES

Rhinite allergique

Sensibilité aux allergènes inhalés (pollen, foins, herbe à poux, poussière, moisissures, phanères d'animaux, fumée).

Rhinite vasomotrice

- Origine inconnue; les symptômes ne sont pas associés à l'exposition à des allergènes spécifiques.
- Les crises peuvent être déclenchées par des changements brusques de température ou de pression barométrique, par des odeurs ou par un stress émotionnel.

Rhinite virale (IVRS)

Nombreux agents viraux

SYMPTOMATOLOGIE

Rhinite allergique

- Symptômes saisonniers ou chroniques
- Antécédents familiaux d'allergies
- Présence possible d'asthme ou d'eczéma
- Éternuements paroxystiques
- Démangeaisons nasales
- Congestion nasale
- Écoulement nasal clair, abondant et continu, liquide comme de l'eau
- Démangeaisons aux yeux ou larmoiement
- Démangeaison aux oreilles
- Malaise général et céphalée dans certains cas
- Les symptômes sont pires le matin et ils s'atténuent pendant la journée, pour s'intensifier de nouveau pendant la nuit.
- Sécrétions rétro-nasales
- Respiration par la bouche
- Présence dans certains cas de ronflement et de toux sèche pendant la nuit

Rhinite vasomotrice

- Apparition soudaine de congestion nasale
- Symptômes chroniques
- Sécrétions rétro-nasales persistantes
- Irritation intermittente de la gorge
- Ne répond pas aux mesures d'assainissement de l'environnement ni aux médicaments
- Sensation de devoir constamment tousser pour dégager la gorge
- Modification de l'acuité auditive ou olfactive
- Ronflement
- Fatigue

Rhinite virale (IVRS)

- Toux non productive ou produisant des expectorations claires
- Légère fièvre
- Congestion nasale avec écoulement nasal clair
- Éternuements
- Sécrétions rétro-nasales
- Démangeaisons dans la gorge
- Légère céphalée et malaise général
- Pression dans les oreilles

OBSERVATIONS

Rhinite allergique

- Rougeur de la conjonctive
- Larmoiement possible
- Œdème possible des paupières et de la région périorbitaire
- Pâleur, œdème et rougeur de la muqueuse nasale, accompagnés de sécrétions claires
- Présence possible de polypes nasaux
- La peau autour du nez peut être irritée.
- Présence possible du « salut allergique »
- Les sinus peuvent être sensibles au toucher si les symptômes sont sévères.

Rhinite vasomotrice

- Signes vitaux généralement normaux
- Muqueuse nasale rouge et enflée
- Hypertrophie des cornets du nez
- La gorge peut être légèrement rouge à cause de l'irritation causée par les sécrétions rétro-nasales.
- Les amygdales et les végétations adénoïdes peuvent être enflées.
- Les sinus peuvent être sensibles au toucher si les symptômes sont sévères.

Rhinite virale (IVRS)

- Légère fièvre possible
- Le client semble modérément malade.
- Écoulement nasal clair
- Peau des narines légèrement irritée
- Oreilles normales
- Gorge normale, léger érythème
- Les sinus peuvent être sensibles au toucher si les symptômes sont sévères.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL (TOUS LES TYPES)

- Sinusite aiguë ou chronique
- Abus de gouttes nasales
- Abus de drogues ou de solvants (p. ex. cocaïne, essence, colle)
- Présence d'un corps étranger dans les narines
- Polypes nasaux
- Déviation de la cloison nasale
- Hypothyroïdie à l'origine de la congestion nasale
- Congestion nasale causée par la grossesse ou l'utilisation de contraceptifs oraux

COMPLICATIONS (TOUS LES TYPES)

- Otite moyenne
- Polypes nasaux
- Épistaxis
- Hypertrophie des amygdales et des végétations adénoïdes
- Sinusite

TESTS DIAGNOSTIQUES (TOUS LES TYPES)

- Test d'allergie cutané

TRAITEMENT (TOUS LES TYPES)

Objectifs

- Soulager et enrayer les symptômes
- Déterminer l'allergène ou les allergènes à l'origine des symptômes
- Prévenir les complications

Interventions non pharmacologiques

Les mesures d'assainissement de l'environnement sont importantes. Dans la mesure du possible, le client doit éviter, éliminer ou réduire les allergènes connus dans son environnement.

Éducation du client

- Recommandez de boire davantage pour améliorer l'hydratation.
- Expliquez au client l'utilisation correcte de ses médicaments (dose, fréquence, effets secondaires, éviter la surconsommation).
- Recommandez au client d'éviter la caféine.
- Recommandez au client d'éviter les allergènes connus (il devrait garder son milieu de vie exempt de poussière, éviter d'aller dehors lorsque la concentration de pollen dans l'air est élevée, utiliser des articles de literie et des vêtements faits de fibres synthétiques et se défaire de ses animaux domestiques (pour éliminer les phanères animaux).
- Expliquez au client les mesures à prendre pour éviter de transmettre la rhinite virale à d'autres membres de sa famille.
- Recommandez-lui de se laver les mains souvent, de jeter les papiers mouchoirs souillés dans un endroit approprié et de se couvrir la bouche et le nez lorsqu'il tousse ou éternue.

Interventions pharmacologiques

Rhinite allergique et vasomotrice

Gouttes nasale d'eau saline, à instiller au besoin, pour dégager le mucus et tout allergène inhalé.

Antihistaminiques oraux pour traiter les symptômes aigus d'écoulement nasal, d'éternuements et de prurit et les symptômes conjonctivaux (ces médicaments ne soulagent pas la congestion nasale) :

chlorphéniramine (Chlor-Tripolon) (**médicament de classe A**), 4 mg PO qid

ou

cétirizine (Reactine) (**médicament de classe A**), 10 mg par jour

ou

loratadine (Claritin) (**médicament de classe A**), 10 mg par jour

Les médicaments combinant des antihistaminiques oraux et des décongestionnants peuvent agir comme des antihistaminiques tout en soulageant la congestion nasale (il faut les utiliser pendant 4-7 jours pour éviter l'effet rebond) :

pseudoéphédrine (Sudafed) (**médicament de classe A**), 1 comprimé PO tid au besoin

Les antihistaminiques peuvent entraîner la somnolence, la sécheresse buccale et la rétention urinaire, et leurs effets accentuent ceux des sédatifs. Il faut les utiliser avec prudence chez les patients âgés.

Les corticostéroïdes topiques administrés par voie nasale sont la base du traitement de la rhinite allergique chronique et de la rhinite vasomotrice chronique; ils servent également au traitement d'entretien et à la prophylaxie pour ces maladies. Ils peuvent être administrés seuls ou en association avec des antihistaminiques et des décongestionnants.

Il faut consulter un médecin au sujet de l'utilisation de corticostéroïdes pour la voie nasale si les antihistaminiques et les décongestionnants sont inefficaces. Voici des exemples de médicaments communément prescrits en pareil cas :

béclométhasone (Beconase -forme aqueuse) (**médicament de classe B**), 50 µg/vaporisation, 1 ou 2 vaporisations dans chaque narine bid

ou

fluticasone (Flonase) (**médicament de classe B**), 50 µg/vaporisation, 2 vaporisations dans chaque narine 1 fois par jour

ou

triamcinolone (Nasacort) (**médicament de classe B**), 2 vaporisations dans chaque narine une fois par jour

Rhinite virale

Pour soulager les symptômes, il faut en premier lieu utiliser un décongestionnant pour la voie nasale pendant une courte période (3 ou 4 jours) :

xylométazoline (Otrivin) (**médicament de classe A**), 0,1 %, une vaporisation dans chaque narine une ou deux fois par jour

Si les médicaments administrés par voie nasale ne donnent pas de résultat, on peut administrer des antihistaminiques et des décongestionnants oraux (pendant 4-7 jours, pour éviter l'effet rebond) :

pseudoéphédrine (Sudafed) (**médicament de classe A**), 1 comprimé PO tid au besoin

D'après les données médicales, les antihistaminiques auraient peu d'effet contre le rhume.

On ne doit pas prescrire de décongestionnant aux clients âgés, aux hypertendus, aux personnes atteintes d'une maladie cardiaque, d'une maladie vasculaire périphérique ou d'hyperthyroïdie, aux personnes ayant des antécédents de glaucome aigu à angle fermé ou de rétention urinaire, ni aux personnes qui prennent des antidépresseurs ou des inhibiteurs de la monoamine-oxydase.

Traitement de la fièvre :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 325 ou 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4-6 h au besoin

Surveillance et suivi

Demandez au client de revenir s'il a de la fièvre ou si les symptômes ne sont pas disparus après 14 jours.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Dirigez le client vers un médecin si les symptômes de rhinite ne s'atténuent pas après le traitement initial. Il peut être nécessaire de recourir à des tests d'allergie, à une radiographie des sinus ou à d'autres médicaments.

ÉPISTAXIS ANTÉRIEURE

DÉFINITION

Saignement localisé dans la partie antérieure de la cloison nasale.

CAUSES

- Traumatisme et irritation
- Irritation causée par un corps étranger
- Néoplasme (rare)
- Facteurs prédisposants : rhinite allergique, déviation de la cloison nasale, IVRS, lésions vasculaires localisées

SYMPTOMATOLOGIE

- Présence d'un ou plusieurs des facteurs prédisposants
- Affection généralement unilatérale
- Saignement abondant ou écoulement nasal strié de sang
- Durée, fréquence et abondance des saignements
- Utilisation d'anticoagulants, de produits à base d'AAS ou d'autres médicaments
- Tendance à se faire des bleus facilement ou antécédents de saignements ailleurs (p. ex. méléna, règles abondantes)
- Antécédents familiaux de maladies hémorragiques (maladie de von Willebrand)

OBSERVATIONS

Examinez le client assis et penché vers l'avant pour que le sang afflue vers l'avant.

- Tension artérielle normale à moins que l'hémorragie ne soit assez grave pour provoquer une hypovolémie.
- La fréquence cardiaque peut être élevée parce que le client est effrayé ou parce que l'hémorragie est assez grave pour entraîner une hypovolémie.
- Difformité ou déviation évidente de la cloison nasale dans certains cas.
- Le saignement peut provenir de la partie antérieure de la cloison nasale.
- Examinez la gorge pour détecter un saignement postérieur.
- Possibilité de sensibilité des sinus au toucher
- Déviation possible de la cloison nasale

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Légère infection de la muqueuse nasale
- Sécheresse et irritation de la muqueuse nasale
- Fracture du nez
- Corps étranger
- Lésion maligne
- Tuberculose
- Dyscrasie

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Arrêter le saignement
- Prévenir d'autres épisodes

Consultation

En règle générale, il n'est pas nécessaire de consulter un médecin sauf s'il y a des complications ou si on soupçonne une affection sous-jacente grave.

Interventions non pharmacologiques

Exercez une pression sur les deux côtés du nez en appuyant fermement sur la cloison nasale pendant 5-15 minutes. Cette façon de procéder suffit à arrêter la plupart des saignements.

Éducation du client

- Recommandez au client d'augmenter l'humidité ambiante (en gardant une casserole remplie d'eau sur le poêle en tout temps, particulièrement pendant l'hiver).
- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (posologie et effets secondaires; éviter la surconsommation).
- Recommandez-lui d'éviter les irritants connus et les traumatismes locaux (se mettre les doigts dans le nez, se moucher fort).
- Expliquez au client les premiers soins en cas d'épistaxie récurrente (s'asseoir droit et se pencher vers l'avant; appuyer fermement et directement sur la cloison nasale).
- Recommandez l'application de glace pour enrayer les saignements abondants.
- Recommandez au client d'appliquer un lubrifiant nasal comme de la vaseline à l'intérieur des narines pour favoriser l'hydratation de la muqueuse nasale.
- Conseillez au client de se couper les ongles pour éviter de se blesser en se mettant les doigts dans le nez.

Interventions pharmacologiques

Si l'application d'une pression directe ne suffit pas à arrêter le saignement :

épinéphrine (**médicament de classe D**), solution 1:1000

Imbibez un tampon d'ouate d'épinéphrine. Placez la boule d'ouate dans la partie antérieure du nez. Appuyez fermement sur la cloison nasale pendant 5-10 minutes.

Si ces deux mesures ne donnent aucun résultat, il faut anesthésier et cautériser la muqueuse à l'endroit où elle saigne :

lidocaïne topique (Xylocaine) (**médicament de classe A**), 4 %

Imbibez un tampon d'ouate de lidocaïne. Insérez-le dans la partie antérieure du nez. Appuyez fermement sur la cloison nasale pendant 5 minutes. Ensuite, passez très délicatement un bâtonnet de nitrate d'argent sur l'endroit qui saigne. Cautérisez la plus petite région possible. La cautérisation ne doit être effectuée qu'en dernier ressort, parce qu'elle entraîne la formation de tissu cicatriciel.

Pour favoriser la guérison et prévenir de nouveaux saignements, on peut appliquer un lubrifiant nasal (vaseline) dans les deux narines tid ou qid.

Surveillance et suivi

Il faut assurer un suivi s'il s'agit de saignements à répétition ou si on redoute un problème sous-jacent grave.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un médecin pour écarter la possibilité d'autres affections si le client est âgé ou si les saignements se produisent à répétition.

S'il y a eu traumatisme (p. ex. une bagarre), il importe d'écarter la possibilité d'un hématome de la cloison nasale, qui nécessite une chirurgie. L'évacuation médicale du client s'impose dans ce cas.

SINUSITE AIGUË

DÉFINITION

Infection des muqueuses qui tapissent les sinus.

CAUSES

- Agents pathogènes fréquents : *Hemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pneumoniae*
- Moins fréquents : *Chlamydia pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, virus et infections fongiques
- Facteurs prédisposants : rhume, allergies, déviation de la cloison nasale, tabagisme, hypertrophie adénoïdienne, abcès dentaire, polypes nasaux, traumatisme, corps étranger, plongée ou baignade, fibrose kystique.

SYMPTOMATOLOGIE

- Présence d'un ou plusieurs facteurs prédisposants
- Céphalée
- Douleur faciale
- La pression sur les sinus atteints s'accroît lorsque le client se penche vers l'avant.
- Écoulement nasal purulent, parfois teinté de sang
- Douleur dentaire, surtout des incisives et canines supérieures
- Parfois, sensation de malaise général
- Fièvre possible

OBSERVATIONS

- La température peut être légèrement élevée.
- Le client peut sembler légèrement ou assez malade.
- Irritation cutanée autour des narines
- Muqueuse nasale enflée, parfois pâle ou rougeâtre
- Possibles polypes nasaux
- Possible abcès dentaire
- Sensibilité des sinus affectés
- Sensibilité au-dessus d'une dent
- Les ganglions cervicaux antérieurs peuvent être hypertrophiés et sensibles.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Abcès dentaire
- Un ou plusieurs polypes nasaux
- Tumeur
- Présence d'un corps étranger
- Cellulite périorbitaire
- Infection des voies respiratoires supérieures
- Rhinite allergique
- Rhinite vasomotrice
- Céphalée vasculaire de Horton
- Migraine

COMPLICATIONS

- Propagation de l'infection aux structures intracrâniennes ou intra-orbitaires contiguës
- Sinusite chronique
- Cellulite péri-orbitaire

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Déterminer les facteurs prédisposants
- Détecter un abcès dentaire sous-jacent
- Soulager les symptômes

Interventions non pharmacologiques

Appliquer de la chaleur humide sur les sinus (p. ex. par l'inhalation de vapeur ou des compresses chaudes) afin de soulager la pression en liquéfiant les sécrétions épaisses. On peut aussi instiller dans le nez des gouttes de solution saline.

Éducation du client

Recommandez au client les mesures suivantes :

- Se reposer davantage durant la phase aiguë
- Boire davantage pour s'hydrater (8-10 verres de liquide par jour)
- Prendre ses médicaments correctement (dose, fréquence, effets secondaires)
- Protéger ses sinus contre les changements de température
- Éviter les irritants (p. ex. la fumée)
- Éviter de nager, de plonger ou de prendre l'avion pendant la phase aiguë.

Interventions pharmacologiques

Le client peut prendre un décongestionnant nasal en vaporisation ou en gouttes pendant les 24-48 premières heures si la congestion est marquée. Les décongestionnants topiques sont plus efficaces que ceux qui sont administrés par voie orale. Il ne faut pas prendre d'antihistaminiques (à moins que les symptômes ne soient d'origine allergique), parce qu'ils assèchent et épaississent les sécrétions :

xylométazoline (Otrivin) (**médicament de classe A**), 0,1 % en vaporisation nasale, 1 ou 2 vaporisations toutes les 8-12 h au besoin

ou

xylométazoline (Otrivin) (**médicament de classe A**), 0,1 % gouttes nasales, 2 ou 3 gouttes toutes les 8-12 h au besoin

ou

phényléphrine (Neo-Synephrine) (**médicament de classe A**), 0,25 % vaporisation nasale, 3 vaporisations toutes les 4-6 h au besoin

ou

phényléphrine (Neo-Synephrine) (**médicament de classe D**), 0,25 % gouttes nasales, 3 gouttes toutes les 4-6 h au besoin

Il est très important de cesser de prendre le décongestionnant nasal après 4-7 jours pour éviter l'apparition d'une congestion nasale « de rebond » (complication appelée rhinite médicamenteuse).

On peut soulager la douleur et la fièvre à l'aide d'analgésiques simples :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 325 ou 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 h au besoin

ou

ibuprofène (Motrin) (**médicament de classe A**), 200 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 h au besoin

Antibiotiques oraux :

amoxicilline (Amoxil) (**médicament de classe A**), 250-500 mg PO tid pendant 10-14 jours

ou

sulfaméthoxazole/triméthoprime (Septra DS) (**médicament de classe A**), 1 comprimé PO bid pendant 10-14 jours

Surveillance et suivi

Assurez un suivi après 10-14 jours. Invitez le client à revenir plus tôt si les symptômes s'intensifient ou ne s'atténuent pas malgré le traitement.

SINUSITE CHRONIQUE

DÉFINITION

Inflammation persistante de la muqueuse qui tapisse les sinus.

CAUSES

- Infection (bactéries anaérobies, *Staphylococcus aureus*, virus)
- Anomalie anatomique

SYMPTOMATOLOGIE

- Congestion nasale prolongée (plus de 30 jours)
- Écoulement nasal, parfois purulent
- Écoulement rétro-nasal possible
- Voix enrouée tôt le matin possible
- Douleur sinusale traversant le milieu du visage
- Céphalée possible
- Oreilles bouchées
- Douleur oculaire
- Halitose
- Toux chronique
- Fatigue
- Absence de fièvre
- Antécédents d'allergies possibles

OBSERVATIONS

- Le client semble bien portant.
- La muqueuse nasale peut sembler pâle et spongieuse.
- Transillumination réduite des sinus
- Sensibilité possible des sinus à la palpation

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Rhinite allergique
- Rhinite vasomotrice
- Polype nasal
- Infection des voies respiratoires supérieures
- Tumeur
- Migraine
- Maladie vasculaire de Horton
- Abcès dentaire

COMPLICATIONS

- Sinusite aiguë récurrente
- Propagation de l'infection aux structures intraorbitaires ou intracrâniennes

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Aucun dans un premier temps
- Envisagez des tests diagnostiques comme une radiographie ou une tomodensitométrie des sinus en cas d'échec du traitement initial. Discutez de ces tests avec un médecin.

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager les symptômes
- Déterminer les facteurs prédisposants ou sous-jacents
- Empêcher l'infection de se propager à d'autres structures

Consultation

Consultez un médecin si l'antibiothérapie initiale n'entraîne aucun soulagement des symptômes.

Interventions non pharmacologiques

Éducation du client

Expliquez au client qu'il doit prendre les mesures suivantes :

- Boire davantage (8-10 verres de liquide par jour)
- Inhaler de la vapeur ou appliquer des compresses chaudes pour soulager la pression sur les sinus
- Prendre ses médicaments de la façon appropriée (posologie et effets secondaires)
- Éviter les irritants (p. ex. la fumée) et les allergènes
- Éviter de nager, de plonger ou de prendre l'avion si les symptômes sont aigus

Interventions pharmacologiques

On peut soulager les symptômes à l'aide d'antibiotiques oraux; l'antibiothérapie doit généralement être de plus longue durée que dans le cas de la sinusite aiguë (c.-à-d., 3-4 semaines) :

amoxicilline (Amoxil) (**médicament de classe A**), 250-500 mg PO tid pendant 21 jours

ou

sulfaméthoxazole/triméthoprime (Septra DS) (**médicament de classe A**), 1 comprimé PO bid pendant 21 jours

Surveillance et suivi

Revoyez le client après 2 semaines.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Dirigez le client vers un médecin si ses symptômes ne s'atténuent pas après 4 semaines d'antibiothérapie ininterrompue, afin d'écarter la possibilité d'un état pathologique sous-jacent (p. ex. polypes nasaux, déviation de la cloison nasale, allergies chroniques). Si vous soupçonnez une maladie dentaire, adressez le client à un dentiste.

AFFECTIONS COURANTES DE LA BOUCHE ET DE LA GORGE

ABCÈS DENTAIRE

DÉFINITION

Infection des tissus mous qui entourent une dent dévitalisée.

CAUSES

- Évolution d'une carie dentaire entraînant une pulpite causée par des bactéries anaérobies Gram positives et *Bactéroïdes*
- Facteurs prédisposants : caries profondes, mauvaise hygiène dentaire, traumatisme dentaire

SYMPTOMATOLOGIE

- Douleur dentaire localisée
- Douleur constante, profonde et pulsatile
- Douleur intensifiée par la mastication ou par l'exposition au chaud ou au froid
- Dent parfois branlante
- Enflure possible des gencives ou du visage (ou des deux)

OBSERVATIONS

- Fièvre (rare mais possible)
- Enflure possible du visage
- Dent cariée
- Œdème et érythème gingivaux
- Dent parfois branlante.
- Sensibilité localisée dans la région affectée de la mâchoire
- Enflure et sensibilité des ganglions cervicaux antérieurs
- Odontalgie localisée

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Affection des glandes salivaires (p. ex. oreillons)
- Sinusite
- Cellulite

COMPLICATIONS

- Cellulite
- Formation récurrente d'abcès

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager les symptômes
- Empêcher l'infection de se propager

Consultation

Il faut consulter un médecin en présence d'un gros abcès fluctuant, si le client est très malade ou si l'infection s'est propagée aux tissus mous du cou.

Interventions non pharmacologiques

Rinçage de la bouche quatre fois par jour à l'aide d'une solution saline tiède.

Éducation du client

Expliquez au client qu'il doit prendre les mesures suivantes :

- Prendre correctement ses médicaments (posologie et effets secondaires)
- Modifier son régime alimentaire (diète liquide ou aliments mous)
- Améliorer son hygiène dentaire

Interventions pharmacologiques

Antibiotiques oraux :

pénicilline V potassium (Pen Vee K) (**médicament de classe A**), 300-600 mg PO qid pendant 7-10 jours

Pour les clients allergiques à la pénicilline :

érythromycine (E-Mycin) (**médicament de classe A**), 250 mg PO qid pendant 10 jours

Analgésiques simples pour soulager la douleur dentaire bénigne ou modérée :

ibuprofène (Motrin) (**médicament de classe A**), 200 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 h au besoin

ou

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 325 ou 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4-6 h au besoin

Pour la douleur dentaire sévère, ajoutez de la codéine :

phosphate de codéine, 15 mg en association avec de l'acétaminophène (Tylenol N° 2) (**médicament de classe C**), 1-2 comprimés PO toutes les 4-6 h au besoin (maximum 15 comprimés)

Surveillance et suivi

Revoyez le client après 48-72 heures.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un dentiste pour un traitement définitif.

LARYNGITE

DÉFINITION

Inflammation de la muqueuse du larynx et des cordes vocales.

CAUSES

- Infection virale (rhume)
- Infection bactérienne (streptocoque)
- Respiration constante par la bouche
- Surutilisation de la voix
- Sinusite chronique
- Abus de tabac (ou exposition à la fumée secondaire)
- Aspiration de substances chimiques caustiques
- Reflux gastro-œsophagien
- Changements dus au vieillissement (p. ex. atrophie musculaire, atrophie des cordes vocales)
- Abus d'alcool
- Exposition prolongée à des poussières ou à d'autres irritants

SYMPTOMATOLOGIE

- Présence de facteurs de risque (*voir la section « Causes » plus haut)*
- Possibilité d'une IVRS concomitante
- Voix enrouée ou anormale, ou aphonie
- Douleur, chatouillement ou aigreur dans la gorge
- Aphonie
- Dysphagie (difficulté à avaler)
- Toux
- Fièvre
- Malaise

OBSERVATIONS

- Fièvre possible
- Le client semble légèrement malade.
- La gorge peut être légèrement ou assez rouge.
- Absence d'exsudat
- Hypertrophie possible des ganglions lymphatiques

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Cancer de la gorge ou du larynx (si les symptômes existent depuis longtemps ou sont récurrents)
- Polypes des cordes vocales

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager les symptômes
- Déterminer et supprimer les facteurs prédisposants (p. ex. la cigarette)

Consultation

Il faut consulter un médecin immédiatement si le client présente un stridor et une dyspnée.

Interventions non pharmacologiques

- Le client doit avant tout laisser reposer sa voix.
- L'élimination des facteurs prédisposants (p. ex. la cigarette et l'alcool) est aussi importante.
- Accroître l'humidité ambiante.
- Le client doit boire davantage s'il est fébrile.
- Il doit se reposer jusqu'à ce que la fièvre disparaisse.

Éducation du client

- Expliquez au client l'évolution et l'issue prévue de la maladie.
- Expliquez au client la façon appropriée de prendre ses médicaments (posologie et effets secondaires)
- Insistez sur l'importance de revenir à la clinique si les symptômes ne sont pas disparus après 3 semaines.

Interventions pharmacologiques

Aucune habituellement

Surveillance et suivi

Suivi après 3 semaines si les symptômes persistent.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Dirigez le client vers un médecin si ses symptômes persistent pendant plus de 3 semaines.

PHARYNGITE (MAL DE GORGE)

DÉFINITION

Inflammation ou infection de la muqueuse du pharynx (peut également s'étendre aux amygdales palatines).

CAUSES

Infectieuses

- Virus (p. ex. rhinovirus, adénovirus, parainfluenza, coxsackievirus, virus d'Epstein-Barr, virus herpétique)
- Bactéries (le plus souvent des streptocoques ß-hémolytiques du groupe A), *Chlamydia, Corynebacterium diphtheriae*, *Hemophilus influenzae*, *Neisseria gonorrhoeae*
- Champignons (p. ex. *Candida*); rares sauf chez les immunodéprimés (c.-à-d. les personnes infectées par le VIH ou atteintes du sida)

Non infectieuses

- Rhinite allergique
- Sinusite avec écoulement rétro-nasal
- Respiration par la bouche
- Traumatisme
- Reflux gastro-œsophagien
- Facteurs de risque : contact avec une personne infectée par un streptocoque du groupe A, logement surpeuplé, immunosuppression (p. ex. VIH/sida), fatigue, tabac, consommation excessive d'alcool, contacts sexuels oro-génitaux, diabète sucré ou prise de corticostéroïdes (par voie orale ou en inhalation)

SYMPTOMATOLOGIE

Origine bactérienne

- Mal de gorge soudain
- Douleur à la déglutition
- Absence de toux
- Fièvre ou frissons
- Sensation de malaise
- Exanthème possible
- Céphalée
- Anorexie

Origine virale

- Maux de gorge d'apparition lente et progressive
- Léger malaise
- Toux
- Congestion nasale

Origine non infectieuse

- Maux de gorge d'apparition lente et progressive
- Léger malaise
- Toux
- Symptômes persistants et récurrents
- Douleur à la déglutition

OBSERVATIONS

Origine bactérienne

- Fièvre
- Pouls accéléré
- Le client semble très malade.
- La partie postérieure du pharynx est rouge et enflée.
- Amygdales enflées
- Possibilité d'exsudat purulent
- Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux antérieurs sont enflés et sensibles.
- Exanthème (scarlatine découlant d'une infection par un streptocoque du groupe A).

Origine virale

- Fièvre possible
- La partie postérieure du pharynx est rouge et enflée.
- Possibilité d'exsudat purulent
- Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux peuvent être enflés et sensibles.
- Pétechies sur le palais (mononucléose)
- Vésicules (herpès)

Origine non infectieuse

- La partie postérieure du pharynx est rouge et enflée.
- Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux antérieurs peuvent être enflés et sensibles.
- Présence possible d'un exsudat

Il est souvent impossible de déterminer à l'examen clinique si la pharyngite est d'origine virale ou bactérienne. Vous trouverez à l'annexe 1 du présent chapitre un outil diagnostique appelé « *Sore Throat Score* » qui vous aidera à déterminer si le patient présente une infection de la gorge causée par un streptocoque du groupe A et s'il a besoin d'antibiotiques.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Déterminer s'il s'agit d'une infection d'origine bactérienne ou virale
- Mononucléose infectieuse
- Infection transmise sexuellement (dans les cas de pharyngite chronique, interrogez le client au sujet de ses pratiques sexuelles)
- Angine de Vincent (angine ulcéro-nécrotique)
- Distinguez l'inflammation réactionnelle d'un trouble sous-jacent (*voir la section « Causes » plus haut*).

COMPLICATIONS

- Rhumatisme articulaire aigu (streptocoque du groupe A seulement)
- Glomérulonéphrite (streptocoque du groupe A seulement)
- Abcès péri-amygdalien

TESTS DIAGNOSTIQUES

Prélevez un échantillon par écouvillonnage pour culture et antibiogramme (*pour des instructions à ce sujet, voir l'annexe 1 de ce chapitre).*

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager les symptômes
- Prévenir les complications
- Prévenir la transmission du streptocoque du groupe A aux membres de l'entourage du client.

Consultation

Consultez un médecin si le client présente une importante dysphagie ou une dyspnée (dénotant l'obstruction des voies respiratoires supérieures) ou si vous soupçonnez une affection sous-jacente comme l'infection par le VIH.

Interventions non pharmacologiques

Expliquez au client qu'il doit :

- Garder le lit tant que la fièvre dure
- Boire suffisamment (8-10 verres par jour)
- Éviter les irritants (p.ex. la fumée)
- Se gargariser avec de l'eau chaude salée qid

Interventions pharmacologiques

Pour soulager la douleur et la fièvre :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 325 ou 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 h au besoin

ou

ibuprofène (Motrin) (**médicament de classe A**), 200 mg, 1-2 comprimés toutes les 4 h au besoin

Amorcez une antibiothérapie si vous soupçonnez une infection par un streptocoque :

pénicilline V potassium (Pen Vee K) (**médicament de classe A**), 300 mg PO qid pendant 10 jours

Pour les clients allergiques à la pénicilline :

érythromycine (E-Mycin) (**médicament de classe A**), 250 mg PO qid pendant 10 jours

Il ne faut pas utiliser l'ampicilline ni l'amoxicilline car ces médicaments peuvent provoquer un exanthème généralisé (eczéma médicamenteux) chez les sujets atteints de mononucléose infectieuse.

Surveillance et suivi

Demandez au client de revenir à la clinique si les symptômes ne s'améliorent pas après 48-78 heures.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Il peut être nécessaire de diriger le client vers un médecin si l'infection est récidivante ou persistante, ou si l'on soupçonne une affection sous-jacente non diagnostiquée.

URGENCES OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES

MASTOÏDITE

DÉFINITION

Inflammation suppurative aiguë de l'antre mastoïdien et des cellules mastoïdiennes.

CAUSES

- Complication d'une otite moyenne aiguë mal soignée, cholestéatome ou blocage de la voie d'éjection des cellules mastoïdiennes
- Micro-organismes les plus fréquents : *Hemophilus influenzae*, streptocoque du groupe A, *Streptococcus pneumoniae*

Facteurs de risque

- Otites à répétition
- Cholestéatome
- Immunosuppression

SYMPTOMATOLOGIE

- Otalgie
- Otite moyenne persistante
- Poussées de fièvre avec pics
- Rougeur, enflure et douleur derrière l'oreille
- Acouphènes
- Otorrhée si le tympan est perforé

OBSERVATIONS

- Fièvre moyenne ou forte
- Le client semble assez malade.
- Enflure et érythème derrière l'oreille
- Le pavillon de l'oreille peut être déplacé vers l'avant si l'œdème est sévère.
- La manipulation du pavillon de l'oreille et l'examen otoscopique causent une douleur vive.
- Écoulement purulent en cas de rupture de la membrane tympanique
- Chaleur de la région post-auriculaire
- Sensibilité sur l'apophyse mastoïdienne
- Hypertrophie et sensibilité des ganglions cervicaux antérieurs et péri-auriculaires

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Otite externe sévère
- Cellulite post-auriculaire
- Néoplasme bénin ou malin
- Infection des espaces sous-mandibulaires (angine de Ludwig)

COMPLICATIONS

- Perte auditive résiduelle
- Méningite
- Abcès intracrânien
- Abcès sous-périosté

TESTS DIAGNOSTIQUES

S'il y a otorrhée, prélevez par écouvillonnage un échantillon du liquide, pour culture et antibiogramme.

TRAITEMENT

Objectifs

- Enrayer la douleur et l'enflure
- Prévenir la propagation de l'infection

Consultation

Il faut consulter un médecin au sujet d'une antibiothérapie par voie intraveineuse.

Traitement adjuvant

Amorcez le traitement IV à l'aide d'un soluté physiologique. Réglez le débit de perfusion en fonction de l'état d'hydratation.

Interventions pharmacologiques

Antibiotiques IV :

ampicilline (Ampicin) (**médicament de classe D**), 1,0-2,0 g IV toutes les 6 h

Pour les clients allergiques à la pénicilline :

érythromycine (Erythrocin) (**médicament de classe A**), 500 mg IV toutes les 6 h

ou

céfuroxime (Zinacef) (**médicament de classe B**), 750 mg IV toutes les 8 h

Analgésiques pour la douleur et la fièvre :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 325 ou 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4-6 h

Orientation vers d'autres ressources médicales

Demandez l'évacuation médicale du client dès que possible; il aura peut-être besoin de plusieurs jours de thérapie IV et d'une chirurgie.

ÉPISTAXIS POSTÉRIEURE

DÉFINITION

Saignement provenant de la partie postérieure du nez.

CAUSES

- Affection idiopathique (d'origine inconnue)
- Hypertension
- Anomalies vasculaires (télangiectasie hémorragique héréditaire)
- Traumatisme : déviation ou perforation de la cloison nasale
- Infection (p. ex. sinusite chronique)
- Néoplasme (rare)

SYMPTOMATOLOGIE

- Hémorragie nasale soudaine (sang écarlate)
- Peut être unilatérale ou bilatérale
- Le sang coule le long de l'arrière-gorge.
- Antécédents possibles d'hématémèse si le client a avalé beaucoup de sang.
- Tendance à se faire des bleus facilement, saignement ailleurs (p. ex. méléna, règles abondantes), antécédents familiaux d'une tendance à saigner, utilisation d'anticoagulants, utilisation de produits à base d'aspirine (AAS).

OBSERVATIONS

- Élévation de la fréquence cardiaque
- Baisse de la tension artérielle si la perte de sang est importante
- Le client semble anxieux.
- Le client peut être pâle et couvert de sueur si la perte de sang est importante.
- Sang rouge vif s'écoulant des narines (saignement unilatéral ou bilatéral)
- L'origine du saignement n'est pas visible.
- Présence de sang dans le pharynx
- Sensibilité possible des sinus

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Hypertension
- Lésion traumatique
- Anomalies vasculaires (p. ex. télangiectasie hémorragique héréditaire)
- Déviation de la cloison nasale
- Perforation de la cloison nasale
- Infection (p. ex. sinusite chronique)
- Néoplasme (rare)

COMPLICATIONS

- Hypotension ou état de choc (hypovolémique)
- Anémie

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Arrêter le saignement
- Maintenir le volume sanguin circulant

Consultation

Il faut consulter un médecin si les soins initiaux ne réussissent pas à arrêter le saignement ou si l'hémorragie pourrait vraisemblablement être causée par une affection sous-jacente.

Traitement adjuvant

- Amorcez le traitement IV à l'aide d'un soluté physiologique ou de soluté lactate de Ringer; ajustez le débit de perfusion en fonction du pouls du patient, de l'effet sur la tension artérielle et de la vitesse du saignement.

Interventions non pharmacologiques

- Gardez le client au repos, la tête formant un angle de 90° avec le corps.
- Appliquez de la pression sur le nez.
- Effectuez un tamponnement nasal postérieur; si possible, utilisez un système de ballonnet.
- Une autre méthode efficace consiste à utiliser une sonde de Foley de 10-14 F., en procédant de la façon suivante :

Marche à suivre

1. Insérez l'extrémité d'une sonde de Foley dans la narine jusqu'au nasopharynx.
2. Visualisez la sonde par la cavité buccale; évitez de la placer dans la partie inférieure du pharynx.
3. Gonflez le ballonnet. Tirez la sonde vers l'avant jusqu'à ce que le ballonnet bloque le passage postérieur.
4. En maintenant la traction, placez la sonde le long du milieu de la paroi latérale de la cavité nasale.
5. Effectuez un tamponnement nasal antérieur (½ × 72 po [1,25 × 180 cm] à l'aide d'un ruban de gaze imprégné de vaseline).
6. Maintenez la traction sur la sonde et étirez légèrement.
7. Placez un clamp pour cordon ombilical sur la narine contre le tamponnement antérieur de manière que l'élasticité de la sonde comprime le ballonnet contre le tamponnement antérieur.
8. Protégez la peau du visage en plaçant des tampons de gaze de 2 x 2 po (5 x 5 cm) sous le clamp.
9. Ramenez le reste de la sonde sur l'oreille du même côté et fixez à l'aide de ruban adhésif.

Pour obtenir une compression suffisante, il faut parfois effectuer un tamponnement bilatéral. Le saignement devrait cesser une fois les tamponnements en place.

Surveillance et suivi

- Surveillez de près les signes vitaux et la perte de sang.
- Enlevez les tamponnements et les ballonnets après 24-36 heures.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Évacuez d'urgence le client vers l'hôpital si l'hémorragie persiste, si une hypovolémie est évidente ou si vous soupçonnez une affection grave sous-jacente.

ABCÈS PÉRI-AMYGDALIEN

DÉFINITION

Abcès qui se forme derrière l'amygdale sur la paroi postéro-latérale du pharynx et qui est une complication de la pharyngite à streptocoque.

CAUSES

Infection bactérienne, généralement causée par la bactérie *Streptococcus pyogenes* du groupe A.

SYMPTOMATOLOGIE

– Pharyngite récente
– Douleur unilatérale croissante à l'oreille et à la gorge
– Fièvre
– Malaise
– Dysphagie (difficulté à avaler)
– Dysphonie
– Écoulement salivaire
– Trismus (difficulté à ouvrir la bouche)

OBSERVATIONS

– Fièvre
– Accélération de la fréquence cardiaque
– Le client peut sembler très mal en point ou en détresse.
– Le client est en diaphorèse et est rouge s'il a de la fièvre.
– L'amygdale atteinte est très enflée, rouge et déplacée vers la ligne médiane.
– En raison de l'enflure de l'amygdale, la luette et le voile du palais peuvent être déplacés de l'autre côté du pharynx.
– Érythème et enflure du voile du palais
– Trismus (difficulté à ouvrir la bouche)
– Les ganglions sous-maxillaires sont enflés et très sensibles au toucher.
– Tuméfaction fluctuante possible sur le côté lésé du palais

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

– Épiglottite
– Pharyngite gonococcique

COMPLICATIONS

– Obstruction des voies respiratoires
– Septicémie

TESTS DIAGNOSTIQUES

Si le client n'a pas besoin d'être hospitalisé (symptômes légers ou modérés), prélevez par écouvillonnage un échantillon d'exsudat pour culture et antibiogramme.

TRAITEMENT DES CAS LÉGERS OU MODÉRÉS

Traitement ambulatoire.

Objectifs

– Soulager les symptômes
– Prévenir les complications

Interventions non pharmacologiques

Éducation du client

Expliquez au client les mesures à prendre :

– Revenir immédiatement à la clinique si la douleur s'aggrave ou si les symptômes suivants apparaissent : salivation excessive, difficulté à avaler, difficulté à respirer ou difficulté à ouvrir la bouche
– Boire davantage
– Se reposer jusqu'à ce que la fièvre soit tombée
– Se gargariser souvent avec de l'eau chaude salée pendant 48 heures

Interventions pharmacologiques

Antibiotiques :

pénicilline V potassique (Pen Vee K) (**médicament de classe A**), 300 mg PO qid pendant 10 jours

ou

pénicilline G (Bicillin) (**médicament de classe A**), 1,2 million d'unités IM

Pour les clients allergiques à la pénicilline :

érythromycine (E-mycin) (**médicament de classe A**), 500 mg PO qid pendant 10 jours

Analgésiques pour soulager la douleur et la fièvre :

acétaminophène (s) (**médicament de classe A**), 325 ou 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 h au besoin

ou

ibuprofène (Motrin) (**médicament de classe A**), 200 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 h au besoin

Surveillance et suivi

Demandez au patient de revenir à la clinique si son état ne s'est pas amélioré après 48-72 heures.

TRAITEMENT DES CAS MODÉRÉS OU SÉVÈRES

Le client semble très malade et a du mal à avaler.

Objectifs

- Soulager les symptômes
- Prévenir les complications

Consultation

Il faut consulter un médecin si l'abcès est gros et si le client semble très mal en point; il doit être amené immédiatement à l'hôpital pour être examiné par un ORL. Consultez un médecin au sujet du choix de l'antibiotique IV.

Traitement adjuvant

- Amorcez le traitement IV à l'aide d'un soluté physiologique; réglez le débit de perfusion en fonction de l'âge et de l'état d'hydratation du client.

Interventions non pharmacologiques

- Le client doit garder le lit.
- Il ne doit boire que des liquides froids, par petites gorgées.
- Il ne doit rien prendre par la bouche s'il y a écoulement salivaire.

Interventions pharmacologiques

Antibiotiques :

pénicilline G sodium (**médicament de classe A**), 500 000 à 1 million d'unités IV toutes les 6 h

Pour les clients allergiques à la pénicilline :

érythromycine (Erythrocin) (**médicament de classe A**), 500 mg IV toutes les 6 h

Surveillance et suivi

Surveillez le client pour vous assurer que ses voies respiratoires ne sont pas obstruées.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale du client vers un hôpital; une intervention chirurgicale peut s'avérer nécessaire pour drainer l'abcès.

ANNEXE 1

NOUVEL OUTIL DIAGNOSTIQUE POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA PHARYNGITE : LE *SORE THROAT SCORE*

En 1994, un groupe de médecins de famille et d'omnipraticiens de Stratford, en Ontario, ont entrepris un projet conjoint avec des chercheurs de l'*Institute for Clinical Evaluative Sciences* de Toronto pour améliorer l'exactitude des diagnostics de pharyngite à streptocoque du groupe A, et par le fait même, réduire le nombre d'ordonnances d'antibiotiques. Ils ont découvert une grille décisionnelle facilitant le diagnostic dans les cas de mal de gorge, le « *Sore Throat Score* ». Cet instrument avait été testé dans le cadre d'essais cliniques et semblait pratique pour les médecins exerçant en cabinet.

Cette grille décisionnelle avait été mise au point par un groupe d'urgentologues américains. À l'aide d'un modèle mathématique, ces médecins avaient cerné quatre caractéristiques cliniques qui permettent d'évaluer la probabilité d'une pharyngite à streptocoque du groupe A :

- exsudat,
- enflure des ganglions sous-maxillaires cervicaux antérieurs,
- fièvre de plus de 38ºC,
- absence de toux.

Utilisation de la grille décisionnelle en clinique

Nbre de caractéristiques présentes	% de patients infectés par un streptocoque du groupe A	% des cas de mal de gorge vus en clinique
Aucune	2,5	15
Une	6–7	30
Deux	14–17	25
Trois	30–34	20
Quatre	56	10

Parmi les personnes qui ne présentent aucune de ces caractéristiques cliniques ou qui n'en présentent qu'une, moins de 10 % sont infectées par un streptocoque du groupe A. Étant donné que 10 % des infections à streptocoque du groupe A ne sont pas décelées par les cultures de gorge courantes, il s'agit d'un critère raisonnable pour affirmer que ces personnes *n'ont pas besoin d'un prélèvement de gorge et ne devraient pas recevoir d'antibiotique*.

Dans le cas des patients qui présentent *deux ou trois* de ces signes cliniques, on recommande de prélever *un échantillon de gorge en vue d'une culture mais de ne pas prescrire d'antibiotique tant qu'on n'en a pas reçu les résultats.*

Cette recommandation repose sur trois raisons :

1. Le risque de rhumatisme articulaire aigu n'est pas augmenté si on retarde de 48-72 heures la mise en route de l'antibiothérapie.
2. Les résultats de la culture sont négatifs pour la plupart des patients dans ce groupe, si bien que de l'AAS ou de l'acétaminophène peuvent suffire à soulager les symptômes.
3. Une antibiothérapie précoce peut prédisposer le sujet à d'autres pharyngites à streptocoque du groupe A.

En suivant cette ligne de conduite, on pourrait réduire sensiblement le recours aux antibiotiques pour des maladies qui ne sont pas causées par des streptocoques du groupe A.

Les patients qui présentent *les quatre* signes cliniques sont généralement plus mal en point et sont les plus susceptibles d’être infectés par un streptocoque du groupe A, même si ce type de bactérie n’est présent que dans environ 10 % des cas de pharyngite. Pour ces patients, on recommande de faire un prélèvement de gorge en vue d’une culture et de prendre la décision d’instaurer l’antibiothérapie sur la base des signes cliniques, car le soulagement des symptômes sera le plus important chez ce groupe. Cependant, les antibiotiques n’apportent généralement pas de soulagement aux patients qui consultent trois jours après l’apparition de leurs symptômes.

Cette ligne de conduite ne devrait être appliquée qu’à une clientèle adulte (15 ans ou plus) tant qu’elle n’aura pas été validée auprès d’une population d’enfants.

Par ailleurs, cet outil diagnostique n’est pas *valide* dans les localités où sévit une épidémie de pharyngites à streptocoque du groupe A. Il ne faut donc pas l’appliquer dans de telles situations.

Sources

A “sore throat score” for use in the office. Institute for Clinical Evaluative Sciences, Toronto (Ont.), 1998.

McIsaac, W.; White, D.; Tannenbaum, D. et al. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *Canadian Medical Association Journal* 1998;158(1):75-83.

CHAPITRE 3 – APPAREIL RESPIRATOIRE

Table des matières

ÉVALUATION DE LA FONCTION RESPIRATOIRE

ANAMNÈSE ET EXAMEN PHYSIQUE

GÉNÉRALITÉS

Chaque symptôme doit être noté et examiné en fonction des caractéristiques suivantes :

- Apparition (soudaine ou graduelle)
- Évolution dans le temps
- Situation actuelle (amélioration ou aggravation)
- Localisation
- Irradiation
- Qualité
- Fréquence et durée
- Sévérité
- Facteurs déclenchants et aggravants
- Facteurs de soulagement
- Symptômes associés
- Répercussions sur les activités quotidiennes
- Épisodes similaires diagnostiqués auparavant
- Traitements antérieurs
- Efficacité des traitements antérieurs

SYMPTÔMES DOMINANTS

En plus des caractéristiques générales décrites ci-dessus, il faut aussi explorer les symptômes spécifiques suivants.

Toux

- Qualité (p. ex. sèche, grasse, productive, quinteuse)
- Sévérité
- Moment d'apparition (p.ex. la nuit, à l'effort)

Expectorations

- Couleur
- Quantité (en cuillères à thé, en cuillères à table, en tasses)
- Consistance

Hémoptysie

- Quantité de sang
- Association avec une douleur aux jambes ou à la poitrine ou avec une dyspnée

Dyspnée

- Tolérance à l'effort (nombre de marches que le client est capable de gravir ou distance qu'il est capable de parcourir à pied)
- Orthopnée (nombre d'oreillers utilisés pour dormir)
- Dyspnée nocturne paroxystique (client réveillé par une grande difficulté respiratoire; la crise disparaît d'elle-même après 20 ou 30 minutes, une fois que le client s'est assis ou s'est levé).

Douleur thoracique

- Apparition (subite ou graduelle)
- Localisation
- Irradiation
- Qualité
- Fréquence et durée
- Sévérité
- Facteurs déclenchants et aggravants
- Symptômes associés

Respiration sifflante (wheezing)

- Circonstances (p. ex. au repos, la nuit, à l'effort)

Autres symptômes associés

- Fièvre
- Malaise
- Fatigue
- Sueurs nocturnes
- Perte de poids

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (FONCTION RESPIRATOIRE)

- Tabagisme (nombre de paquets par jour, nombre d'années)
- Fréquence de rhumes ou de crises d'asthme et médicaments utilisés
- Autres maladies respiratoires (p. ex. polypes nasaux, sinusite chronique)
- Bronchite, pneumonie, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), tuberculose (maladie ou exposition à l'agent infectieux), cancer, fibrose kystique
- Allergie saisonnière ou allergie à des médicaments comme l'acide acétylsalicylique (AAS)
- Prise de médicaments comme des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA), des β-bloquants, de l'AAS, des corticostéroïdes, des vaporisateurs nasaux ou des antihistaminiques
- Hospitalisations pour des maladies respiratoires
- Date et résultat du dernier test de Mantoux et de la dernière radiographie pulmonaire
- Antécédents de vaccination (p. ex. vaccin antipneumococcique, vaccin antigrippal annuel)

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (FONCTION RESPIRATOIRE)

- Autres personnes à la maison ayant des symptômes semblables
- Allergies, atopie
- Asthme, cancer du poumon, tuberculose, fibrose kystique
- Cardiopathie

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET SOCIAUX (FONCTION RESPIRATOIRE)

- Exposition à la fumée secondaire
- Exposition professionnelle ou environnementale à des irritants respiratoires
- Exposition à des animaux
- Logement surpeuplé
- Piètres habitudes d'hygiène personnelle ou malpropreté du milieu de vie
- Vie en établissement
- Utilisation de drogues injectables
- Abus d'alcool
- Risque de contracter le VIH

EXAMEN DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Il faut aussi examiner les oreilles, le nez et la gorge, de même que l'appareil cardiovasculaire étant donné leurs rapports étroits avec le fonctionnement des voies respiratoires inférieures (*Voir le chapitre 2, « Oto-rhino-laryngologie » et le chapitre 4 « Appareil cardiovasculaire » pour plus de précisions au sujet de ces examens*).

ASPECT GÉNÉRAL

- Symptômes aigus ou chroniques
- Degré de confort ou de détresse
- Importance de la diaphorèse
- Capacité de parler normalement sans arrêter au milieu d'une phrase pour reprendre son souffle
- Couleur du teint (p. ex. rouge, pâle, cyanosé)
- État nutritionnel (obésité ou maigreur)
- État d'hydratation

SIGNES VITAUX

- Température
- Pouls
- Oxymétrie du pouls
- Fréquence respiratoire
- Tension artérielle

INSPECTION

- Coloration (p. ex. cyanose centrale)
- Forme du thorax (p. ex. en tonneau, déformation de la colonne)
- Mouvements du thorax (symétrie)
- Fréquence, rythme et profondeur de la respiration
- Utilisation des muscles accessoires (sterno-cléido-mastoïdiens)
- Rétraction intercostale
- Signes de traumatisme
- Cicatrices sur le thorax
- Hippocratisme digital

PALPATION

- Position de la trachée (ligne médiane)
- Sensibilité de la paroi thoracique
- Amplitude thoracique
- Vibrations vocales
- Anomalie spinale
- Ganglions (axillaires, sus-claviculaires, cervicaux)
- Masses
- Emphysème sous-cutané

PERCUSSION

- Sonorité (bruit sourd ou hypersonorité)
- Emplacement et course du diaphragme

AUSCULTATION

- Aidez le client à bien respirer.
- Recherchez le son d'une entrée d'air normale avant d'essayer de détecter des bruits anormaux.

BRUITS RESPIRATOIRES

- Quantité d'air qui pénètre dans tout le thorax (devrait être égale)
- Qualité des bruits respiratoires (p. ex. bronchiques, bronchovésiculaires, vésiculaires)
- Durée de l'inspiration et de l'expiration

AUTRES BRUITS

- *Sifflements ou sibilances :* sons constants, dont la tonalité peut varier de très basse à très aiguë, et qui peuvent disparaître quand le sujet tousse.
- *Râles crépitants :* crépitements distincts perceptibles à l'inspiration
- *Frottement pleural :* bruit de raclement dû à l'inflammation de la plèvre, perceptible à l'inspiration ou à l'expiration.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES SYMPTÔMES RESPIRATOIRES

TOUX AIGUË

- Infection virale ou bactérienne des voies respiratoires supérieures ou inférieures
- Asthme
- Exacerbation d'une bronchite chronique
- Cancer broncho-pulmonaire
- Inhalation d'un corps étranger
- Reflux œsophagien avec aspiration
- Insuffisance cardiaque gauche

TOUX CHRONIQUE

Causes fréquentes

- Tabagisme
- Exposition à des irritants dans l'environnement (fumée secondaire)
- Écoulement rétro-nasal
- Asthme
- MPOC ou bronchite chronique
- Reflux gastro-œsophagien avec aspiration
- Tumeurs du poumon

Causes moins fréquentes

- Carcinome des voies respiratoires supérieures ou inférieures
- Maladie pulmonaire interstitielle
- Médicaments (p. ex. inhibiteurs de l'ECA)
- Infections pulmonaires chroniques (p. ex. bronchectasie, fibrose kystique, tuberculose, abcès pulmonaire)
- Insuffisance cardiaque gauche occulte
- Troubles de la thyroïde
- Affections de la plèvre, du péricarde, du diaphragme, de l'estomac
- Idiopathie (psychogène)
- Pression exercée par une masse externe (p. ex. hypertrophie de la thyroïde, anévrisme de l'aorte)

TOUX AVEC EXPECTORATION

- Bronchite aiguë
- Pneumonie
- Asthme
- Tuberculose
- MPOC
- Bronchectasie
- Abcès du poumon
- Cancer du poumon

DYSPNÉE

- Asthme
- MPOC
- Pneumothorax
- Pneumonie
- Maladie pulmonaire interstitielle (p. ex. sarcoïdose)
- Cancer du poumon
- Infarctus ou embolie pulmonaire
- Insuffisance cardiaque
- Anxiété accompagnée d'hyperventilation

HÉMOPTYSIE

- Bronchite
- Bronchectasie
- Fibrose kystique
- Tuberculose
- Cancer broncho-pulmonaire
- Abcès du poumon
- Pneumonie, forme nécrosante (causée par *Klebsiella*)
- Contusion pulmonaire
- Embolie pulmonaire
- Lupus érythémateux disséminé
- Hypertension artérielle pulmonaire primitive
- Sténose mitrale
- Insuffisance cardiaque
- Anomalies vasculaires (p. ex. anévrisme)
- Traumatisme au thorax
- Inhalation de substances toxiques
- Troubles de saignement

RESPIRATION SIFFLANTE (*WHEEZING*)

- Bronchite aiguë
- MPOC
- Asthme
- Bronchopneumonie (causée par l'aspiration)
- Obstruction d'une bronche par un néoplasme pulmonaire
- Embolie pulmonaire
- Aspiration d'un corps étranger

DOULEUR THORACIQUE (PLEURÉTIQUE)

Maladies des poumons ou de la plèvre

- Pneumonie
- Pleurésie
- Pleurésie accompagnée de maladies du tissu conjonctif
- Pneumothorax
- Hémothorax
- Empyème
- Infarctus pulmonaire
- Néoplasme des poumons
- Tuberculose

Affections du péricarde

- Péricardite
- Traumatisme
- Syndrome de Dressler

Affections des muscles, des os, des nerfs et de la peau de la paroi thoracique

- Contusion à la paroi thoracique
- Fractures des côtes, du sternum
- Inflammation des muscles de la paroi thoracique (costochondrite)
- Neuropathie du zona
- Tumeur osseuse

Affections gastro-intestinales

- Abcès du foie
- Pancréatite
- Abcès sous-diaphragmatique

Autres affections

- Psychonévrose

DOULEUR THORACIQUE (NON PLEURÉTIQUE)

Affections des vaisseaux sanguins pulmonaires

- Embolie pulmonaire
- Hypertension artérielle pulmonaire primitive
- Affection de l'aorte
- Dissection de l'aorte

AFFECTIONS DU MYOCARDE

- Infarctus du myocarde
- Angine
- Cardiomyopathie (myocardite)
- Prolapsus valvulaire mitral

Douleur projetée par les structures gastro-intestinales

- Reflux œsophagien, ulcération
- Troubles de la motricité œsophagienne (p. ex. achalasie)
- Perforation ou rupture de l'œsophage
- Spasme œsophagien
- Néoplasme de l'œsophage
- Diverticule de l'œsophage
- Ulcère de l'estomac ou du duodénum
- Cholélithiase, cholécystite
- Pancréatite, néoplasme du pancréas

AFFECTIONS RESPIRATOIRES COURANTES

ASTHME CHRONIQUE

DÉFINITION

Trouble des voies respiratoires caractérisé par des symptômes paroxystiques ou persistants (dyspnée, oppression thoracique, respiration sifflante et toux) accompagnés d'une obstruction variable des voies respiratoires et d'une hyperréactivité de celles-ci à différents stimulus.

L'inflammation des voies respiratoires et ses conséquences sont des caractéristiques importantes dans la pathogenèse de l'asthme (Ernst *et al*., 1996).

CAUSES

– Cause souvent inconnue
– Hyperréactivité allergique des voies respiratoires à différents agents présents dans l'air (pollen, moisissures, acariens, phanères d'animaux) et aux oreillers de plumes
– L'asthme non allergique peut être déclenché par des médicaments (p. ex. l'AAS, les anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS], les tartrates, les β-bloquants et les inhibiteurs de l'ECA), la fumée et d'autres substances industrielles ou autres présentes dans l'environnement et le milieu de travail.
– Facteurs déclenchants communs : infections intercurrentes des voies respiratoires, air froid, effort, stress émotionnel, sinusite, reflux gastro-œsophagien (RGO)

Facteurs de risque

– Antécédents familiaux confirmés
– Infections virales sévères et fréquentes des voies respiratoires inférieures (VRI) dans la première enfance

ÉVALUATION DE LA GRAVITÉ

On détermine la gravité de l'asthme d'après la fréquence et la chronicité des symptômes, la présence d'une obstruction persistante des voies respiratoires et la médication nécessaire pour maîtriser la maladie.

Idéalement, la gravité de l'asthme doit être évaluée après un traitement énergique par des corticostéroïdes en inhalation (tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques des différentes formes d'asthme chronique

Asthme léger	Asthme modéré	Asthme grave
Symptômes respiratoires (respiration sifflante, toux, dyspnée) jusqu'à 2 fois par semaine ou symptômes respiratoires durant moins de 30 minutes sans interruption des activités	Symptômes respiratoires > 2 fois/semaine, avec exacerbations perturbant le sommeil et l'activité et durant souvent plusieurs jours	Symptômes respiratoires si fréquents qu'ils nuisent à l'accomplissement des activités quotidiennes
Peu ou pas d'essoufflement au repos; l'activité physique augmente la toux ou la respiration sifflante et cause généralement un essoufflement; toux nocturne, empirant aux petites heures du matin	Essoufflement au repos ou à l'occasion d'un léger effort; oppression thoracique; respiration sifflante au repos; toux accrue pendant la nuit ou à l'effort	Symptômes quotidiens et symptômes nocturnes fréquents
Capacité d'accomplir les tâches habituelles sans difficulté	Certaines difficultés à parler et à dormir	Épisode antérieur quasi fatal (intubation nécessaire)
DEP et VEMS > 80 % des valeurs prévues	DEP = 60 à 80 % de la valeur prévue	DEP < 60 % de la valeur prévue
Asymptomatique entre les exacerbations	Visites occasionnelles à l'urgence	Hospitalisations ou fréquentes visites à l'urgence
	Utilisation intermittente d'un agoniste β_2	Besoin de prendre un agoniste β_2 en inhalation plusieurs fois par jour ou la nuit

DEP = débit expiratoire de pointe; VEMS = volume expiratoire maximal par seconde.

Remarque : Le fait de tousser la nuit, pendant l'activité physique ou aux moments de stress émotionnel peut être le seul signe d'asthme.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Obstruction mécanique des voies respiratoires (corps étranger)
- Réaction allergique sévère
- MPOC avec infection des VRI
- Insuffisance cardiaque
- Œdème pulmonaire
- Inhalation de vapeurs toxiques
- Dysfonction du larynx
- Toux associée à la prise de médicaments comme des inhibiteurs de l'ECA ou des ß-bloquants

COMPLICATIONS

- Crise aiguë grave : hypoxie, insuffisance respiratoire, atélectasie, pneumothorax, décès
- Séquelles chroniques : limitation des activités quotidiennes, MPOC

TESTS DIAGNOSTIQUES

Pour confirmer le diagnostic d'asthme et évaluer la gravité de la maladie, sauf chez les clients n'ayant presque pas de symptômes, il faut recourir à des instruments de mesure objectifs. Les tests suivants devraient être effectués.

- Épreuves fonctionnelles respiratoires (permettant d'établir les valeurs de référence)
- Détermination du débit expiratoire de pointe (DEP)
- Test de provocation à l'histamine ou à la méthacholine
- Tests d'allergie (recommandations de la Conférence canadienne de consensus sur l'asthme [Ernst *et al*., 1996])

TRAITEMENT

Objectifs

- Permettre au client d'accomplir ses activités normales
- Prévenir les symptômes
- Maintenir une fonction pulmonaire normale
- Prévenir les exacerbations
- Éviter les effets secondaires du traitement (étant donné qu'ils peuvent amener le client à ne pas suivre son plan de traitement)

Consultation

Consultez un médecin pour discuter du traitement médicamenteux approprié *au moment du diagnostic initial et au besoin, par la suite, jusqu'à la stabilisation des symptômes.*

Traitement adjuvant

- Vaccin antigrippal annuel
- Vaccin antipneumococcique

Interventions non pharmacologiques

- Conseillez au client d'éviter les facteurs déclenchants connus comme les allergènes présents dans l'environnement et les substances irritantes liées à son travail.
- Recommandez l'abandon du tabac (s'il s'agit d'un fumeur).
- Conseillez au client d'éviter les AINS et les produits à base d'AAS.

Éducation du client

- Expliquez le diagnostic et l'évolution normale de la maladie.
- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, effets secondaires).
- Expliquez au client comment utiliser un inhalateur muni d'un tube ou dispositif d'espacement (aérochambre).
- Expliquez au client comment surveiller ses symptômes et utiliser le débitmètre (si vous le jugez utile pour la maîtrise de ses symptômes).
- Expliquez au client un plan d'action prévoyant l'augmentation du traitement médicamenteux d'entretien aux premiers signes d'une exacerbation.
- Expliquez au client comment prévenir les effets secondaires locaux (candidose buccale) en se rinçant soigneusement la bouche et en se gargarisant.

Interventions pharmacologiques (figure 1)

Figure 1 : Traitement médicamenteux recommandé pour l'asthme chronique

Corticostéroïdes en inhalation

béclométhasone (**médicament de classe B**)

ou

fluticasone (Flovent) (**médicament de classe B**)

+

Agonistes β_2 à court durée d'action

salbutamol (Ventolin) (**médicament de classe D**), au besoin pour les symptômes aigus

+

Agonistes β_2 à longue durée d'action

salmétérol (Serevent)) (**médicament de classe B**), si les symptômes ne sont pas maîtrisés, surtout la nuit

ou

cesser l'administration d'agonistes β_2 à longue durée d'action et ajouter de la théophylline orale (p. ex. Theodur) (**médicament de classe B**)

±

Anticholinergiques en inhalation

bromure d'ipratropium (Atrovent) (**médicament de classe B**)

+

Corticostéroïdes par voie orale

prednisone (Prednisolone) (**médicament de classe B**)

(servant à traiter les exacerbations aiguës en cas de crise d'asthme grave [c.-à-d. DEP < 60 % de la valeur prévue] ou de réponse insuffisante à une augmentation de la dose de corticostéroïdes en inhalation)

Source : Recommandations de la Conférence canadienne de consensus sur l'asthme (Ernst *et al.*, 1996)

Corticostéroïdes en inhalation

Il s'agit des meilleurs agents pour maîtriser l'asthme, et leur utilisation peut améliorer le pronostic global de l'asthme.

Doses d'attaque recommandées de corticostéroïdes en inhalation pour les cas d'asthme léger ou modéré :

béclométhasone (**médicament de classe B**), 400-1000 µg bid

ou

fluticasone (Flovent) (**médicament de classe B**), 100-500 µg bid

ou

budésonide (Pulmicort) (**médicament de classe B**), 40 µg bid

Lorsque l'on a obtenu les résultats souhaités (maîtrise des symptômes), on réduit la dose de corticostéroïdes pour déterminer la dose minimale nécessaire pour assurer la maîtrise de l'asthme.

Les corticostéroïdes en inhalation sont sans danger chez la femme pendant la grossesse et l'allaitement, mais on recommande de prescrire la plus faible dose qui permet de maîtriser l'asthme. À moins d'une contre-indication, il est recommandé de prescrire un supplément d'œstrogènes aux femmes ménopausées qui prennent des corticostéroïdes à action générale par voie orale.

Agonistes ß$_2$ à courte durée d'action

Ce sont les médicaments de choix pour soulager les symptômes de l'asthme qui surviennent pendant le traitement d'entretien. Ce sont les agents les plus efficaces pour prévenir et traiter le bronchospasme provoqué par l'effort. Ils restent cependant des médicaments de dépannage qu'il faut prendre moins de 3 fois par semaine.

salbutamol (Ventolin) (**médicament de classe D**), 100 µg, 1 ou 2 inhalations toutes les 4 h au besoin

Agonistes ß$_2$ à longue durée d'action

Les agonistes ß$_2$ à longue durée d'action (p. ex. salmétérol, formotérol) peuvent servir de traitement d'appoint pour les personnes dont l'asthme n'est pas bien maîtrisé malgré une utilisation optimale des corticostéroïdes en inhalation, particulièrement s'il y a des symptômes nocturnes. Ces médicaments ne devraient jamais être administrés à des patients qui présentent les symptômes d'une crise d'asthme aiguë.

Théophylline par voie orale et dérivés

La théophylline est un agent antiasthmatique efficace. Ce n'est pas un traitement de première intention, mais elle peut néanmoins être utile aux asthmatiques dont les symptômes persistent malgré l'administration de fortes doses de corticostéroïdes en inhalation.

Anticholinergiques

Les agents anticholinergiques (p. ex. bromure d'ipratropium) agissent de façon plus graduelle que les agonistes β_2 et procurent une bronchodilatation modeste aux patients dont l'asthme est stable. Ils sont particulièrement utiles pour traiter les personnes âgées et les patients qui souffrent à la fois d'asthme et de MPOC. Pendant les exacerbations aiguës, ils servent d'adjuvant à des doses optimales d'agonistes ß$_2$ à courte durée d'action.

Surveillance et suivi

– Assurez un suivi tous les 3-6 mois une fois que l'asthme est stabilisé.
– Évaluez l'adhésion au traitement médicamenteux.
– Revoyez régulièrement avec le patient la technique d'utilisation de l'inhalateur.
– Surveillez l'apparition d'affections qui pourraient compliquer l'asthme, par exemple le RGO, la sinusite ou les polypes nasaux.
– Surveillez de près les clients qui prennent plus de 2000 µg de cortocoïdes en inhalation par jour pour détecter tout effet de ces médicaments à long terme sur le métabolisme osseux (ostéoporose).
– Passez en revue les moyens de réduire les allergènes dans l'environnement, au besoin (p. ex. réduire le nombre d'acariens, cesser de fumer, réduire l'humidité ambiante, se défaire des animaux à fourrure).

Orientation vers d'autres ressources médicales

On recommande de diriger vers un spécialiste les adultes qui ont besoin en permanence de plus de 1000 µg de béclométhasone en inhalation par jour, ou l'équivalent. Idéalement, un médecin devrait examiner le client au moins une fois par année si son asthme est stable et plus souvent, si les symptômes ne sont pas bien maîtrisés.

Il faut envisager d'orienter vers un programme d'inhalothérapie (si possible) le client dont les activités quotidiennes sont considérablement limitées par des symptômes mal maîtrisés, malgré un traitement médicamenteux adéquat et l'adhésion au plan de traitement.

EXACERBATION AIGUË DE L'ASTHME

Les exacerbations doivent être traitées rapidement pour enrayer les symptômes et prévenir leur aggravation.

Les signes cliniques dépendent de la gravité et de l'intensité de la crise d'asthme, qui peut varier de bénigne à très sévère.

EXACERBATION BÉNIGNE DE L'ASTHME

SYMPTOMATOLOGIE

– Dyspnée à l'effort, pas de détresse aiguë
– Toux

OBSERVATIONS

– Fréquence respiratoire normale ou légèrement élevée
– Fréquence cardiaque < 100 puls/min
– Respiration sifflante à tonalité grave (à l'expiration ou à l'inspiration, ou aux deux)
– VEMS et DEP > 60 % des valeurs prévues ou des meilleures valeurs du patient
– DEP supérieur à 300 l/min
– Bonne réponse (habituellement) aux agonistes $ß_2$ à courte durée d'action)

TRAITEMENT

Consultation

Consultez un médecin si le client ne prend pas déjà des corticostéroïdes en inhalation.

Interventions pharmacologiques

– Si le client prend régulièrement les médicaments qu'on lui a prescrits, augmentez la dose habituelle de corticostéroïdes en inhalation (multipliez-la par 2, 3 ou 4).
– Si le client n'a pas pris ses médicaments depuis un certain temps, amorcez de nouveau le traitement avec la dose habituelle.
– On peut recourir à un bronchodilatateur au besoin pour soulager le bronchospasme :

  salbutamol (Ventolin) (**médicament de classe D**), administré à l'aide d'un aérosol-doseur muni d'un tube d'espacement, 1 ou 2 inhalations toutes les 4 h au besoin, jusqu'à concurrence de 2-4 inhalations toutes les 4 h.

Les médicaments administrés à l'aide de nébuliseurs n'offrent aucun avantage par rapport à un aérosol-doseur avec tube d'espacement (aérochambre) ou à un inhalateur de poudre sèche (Turbohaler, Rotohaler).

Surveillance et suivi

Demandez au client de revenir après 24 heures si ses symptômes persistent.

Dans les cas d'asthme provoqué par l'effort ou le froid :

  salbutamol (Ventolin) (**médicament de classe D**), 1 ou 2 inhalations 15 minutes avant de faire de l'exercice ou de sortir par temps froid.

EXACERBATION MODÉRÉE DE L'ASTHME

SYMPTOMATOLOGIE

- Dyspnée au repos
- Toux congestive
- Oppression thoracique
- Symptômes nocturnes
- Besoin de prendre un agoniste $ß_2$ plus souvent qu'aux 4 h

OBSERVATIONS

- Essoufflement visible (dyspnéique)
- Élévation de la fréquence respiratoire
- Fréquence cardiaque > 100 puls/minute
- Certaine utilisation des muscles respiratoires accessoires
- Respiration sifflante audible
- Respiration sifflante à tonalité aiguë dans tous les champs pulmonaires (à l'expiration ou à l'expiration, ou aux deux)
- VEMS et DEP de 40 % à 60 % des valeurs prévues ou des meilleures valeurs du patient
- DEP de 200-300 l/min
- Les agonistes $ß_2$ ne procurent qu'un soulagement partiel.

TRAITEMENT

Consultation

Consultez un médecin.

Traitement adjuvant

Administrez de l'oxygène au masque à raison de 6-10 l/min; maintenez la saturation en oxygène à un niveau de 97 % à 98 %.

Interventions pharmacologiques

salbutamol (Ventolin) (**médicament de classe D**) administré par aérosol-doseur avec tube d'espacement, 100 µg/inhalation, 4-8 inhalations toutes les 15-20 min, 3 fois; puis 1 inhalation toutes les 30-60 secondes (jusqu'à concurrence de 4-20 inhalations) au besoin

ou

solution de salbutamol (Ventolin) (**médicament de classe C**) administrée par nébuliseur, 5,0 mg (1 ml dans 3 ml de soluté physiologique) toutes les 15-20 min, 3 fois, de façon continue si nécessaire

±

bromure d'ipratropium (Atrovent) (**médicament de classe B**) administré par aérosol-doseur avec tube d'espacement, 20 µg/inhalation, 4-8 inhalations toutes les 15-20 min, 3 fois; puis 1 inhalation toutes les 30-60 secondes (jusqu'à concurrence de 4-20 inhalations) au besoin

ou

bromure d'ipratropium (Atrovent) (**médicament de classe B**) administré par nébuliseur, 0,25-0,50 µg (1-2 ml dans 3 ml de soluté physiologique) toutes les 15-20 min, 3 fois, de façon continue si nécessaire (peut être mélangé avec du salbutamol; diminuer la dose pendant la période de rétablissement)

±

prednisone (**médicament de classe B**), 1 mg/kg (40-60 mg) PO une fois par jour ou bid pendant 5-7 jours

Les personnes souffrant d'asthme dépendant aux corticostéroïdes et celles qui prennent déjà des corticostéroïdes en inhalation doivent elles aussi suivre une corticothérapie orale.

Surveillance et suivi

Il faut vérifier souvent le VEMS et le DEP pour évaluer la réponse aux bronchodilatateurs.

Le client peut recevoir son congé après le traitement initial d'urgence s'il répond bien au traitement et s'il n'a pas eu de crise d'asthme depuis 24 heures.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale si, après le traitement, le VEMS est inférieur à 60 % de la valeur prévue ou si le patient a eu une autre crise au cours des 24 heures précédentes.

EXACERBATION GRAVE DE L'ASTHME

SYMPTOMATOLOGIE

- Détresse respiratoire aiguë
- Agitation, diaphorèse
- Difficulté à parler

OBSERVATIONS

- Fréquence cardiaque > 110 puls/min
- Utilisation marquée des muscles respiratoires accessoires
- Élévation de la tension artérielle
- L'intensité des bruits respiratoires semble diminuer.
- Respiration sifflante diffuse à tonalité aiguë (à l'inspiration ou à l'expiration, ou aux deux)
- VEMS et DEP : incapacité de faire le test ou < 40 % des valeurs prédites ou des meilleures valeurs du patient
- DEP < 200 l/min
- Saturation en oxygène < 90 %
- Aucun soulagement procuré par les agonistes $ß_2$ pris avant l'arrivée à la clinique

Mise en garde : Méfiez-vous du « thorax silencieux » (entrée d'air déficiente, absence de respiration sifflante) chez un patient ayant des antécédents d'asthme qui arrive à la clinique en détresse respiratoire aiguë. Ce patient est en état de mal asthmatique, la forme la plus grave et la plus dangereuse d'asthme.

TRAITEMENT

Consultation

Consultez un médecin dès que possible.

Traitement adjuvant

- Amorcez l'oxygénothérapie au masque, à raison de 6-10 l/min.
- Maintenez la saturation en oxygène à 97 % ou 98 %.
- Commencez le traitement IV à l'aide d'un soluté physiologique; réglez le débit à 250 ml/h pour la première heure.
- L'administration énergique de liquides peut aider à liquéfier les sécrétions bronchiques, à moins qu'elle ne soit contre-indiquée.

Interventions pharmacologiques

salbutamol (Ventolin) (**médicament de classe D**) administré par aérosol-doseur avec tube d'espacement, 100 µg/inhalation, 4-8 inhalations toutes les 15-20 min, 3 fois; ensuite, 1 inhalation toutes les 30-60 s (jusqu'à concurrence de 4-20 inhalations) au besoin

ou

solution de salbutamol (Ventolin) (**médicament de classe C**) administrée par nébuliseur, 2,5-5,0 mg (0,5-1,0 ml dans 3 ml de soluté physiologique) toutes les 15-20 min, 3 fois, de façon continue si nécessaire; ajustez la dose en fonction de la réponse du client

+

bromure d'ipratropium (Atrovent) (**médicament de classe B**) administré par aérosol-doseur avec tube d'espacement, 20 µg/inhalation, 4-8 inhalations toutes les 15-20 min, 3 fois; ensuite, 1 inhalation toutes les 30-60 s (jusqu'à concurrence de 4-20 inhalations) au besoin

ou

bromure d'ipratropium (Atrovent) (**médicament de classe B**) administré par nébuliseur, 0,25-0,50 µg (1-2 ml dans 3 ml de soluté physiologique) toutes les 15-20 min, 3 fois, de façon continue si nécessaire (peut être mélangé avec du salbutamol; diminuez la dose de salbutamol pendant la période de rétablissement)

+

hydrocortisone (Solu-Cortef) (**médicament de classe D**), 500 mg IV toutes les 8 h

Surveillance et suivi

Évaluez la réponse du patient au traitement médicamenteux en surveillant constamment la saturation en oxygène et en mesurant souvent le DEP et les signes vitaux.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale dès que possible.

Patients qui présentent un risque de rechute

- Épisode antérieur quasi fatal (Beveridge *et al*., 1996)
- Visite récente à l'urgence à cause d'une exacerbation aiguë
- Hospitalisations fréquentes
- Dépendance aux corticostéroïdes et prise récente de corticostéroïdes par voie orale
- Antécédents de crises subites
- Facteurs déclenchant une réaction allergique ou anaphylactique
- Antécédents récents de crise prolongée
- Méconnaissance de la maladie et piètre adhésion au traitement
- Non-élimination des facteurs déclenchants dans l'environnement

MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (MPOC)

DÉFINITION

Troubles fonctionnels du poumon caractérisés par une obstruction progressive et partiellement irréversible des voies respiratoires et par une destruction des tissus pulmonaires. Le tableau clinique dépend des facteurs qui prédominent parmi les processus physiopathologiques suivants :

- Rétrécissement inflammatoire des bronchioles
- Digestion protéolytique du tissu conjonctif du poumon, entraînant une diminution de la fixation des voies respiratoires au parenchyme pulmonaire
- Perte de surface alvéolaire et du lit capillaire
- Distension pulmonaire causée par la perte d'élasticité
- Augmentation de la résistance vasculaire pulmonaire causée par la vasoconstriction et la perte de lit capillaire

Source : *Guidelines for the Assessment and Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* (Canadian Thoracic Society Workshop Group, 1992)

CAUSES

- Généralement un ensemble de facteurs

Facteurs de risque

- Tabagisme
- Fumée secondaire
- Pneumonie virale grave dans la petite enfance
- Vieillissement
- Prédisposition génétique
- Pollution atmosphérique
- Exposition professionnelle à des irritants respiratoires

ANCIENNE CLASSIFICATION

La plupart des clients souffrant de MPOC ont à la fois une bronchite chronique et un emphysème. Cependant, l'une des deux affections domine : certaines personnes atteintes de MPOC présentent plus souvent une toux avec expectoration qu'un essoufflement (bronchite chronique), tandis que d'autres ont plus tendance à être essoufflées qu'à tousser et à cracher (emphysème).

Bronchite chronique

Toux productive chronique présente pendant au moins 3 mois chaque année, et pendant 2 années d'affilée. Au début, la toux productive n'est présente que le matin (particulièrement en hiver). Par la suite, les symptômes sont présents pendant toute la journée et toute l'année. Cette affection chronique se double d'épisodes fréquents d'infection aiguë des voies respiratoires inférieures.

Emphysème

Essoufflement chronique, se manifestant initialement à l'effort. La toux est un problème mineur et l'expectoration est limitée. L'essoufflement s'accentue graduellement jusqu'à persister même au repos.

SYMPTOMATOLOGIE

- Le client est presque toujours un fumeur.
- 40 ans ou plus
- Infections fréquentes des VRI
- Perte de poids et fatigue (aux stades avancés de la maladie)
- Dyspnée
- Toux avec expectoration (crachats clairs, blancs, jaunâtres-verdâtres)
- Respiration sifflante (*wheezing*)

OBSERVATIONS

Les signes physiques peuvent varier selon la gravité de la maladie et le fait qu'il s'agisse ou non d'une exacerbation aiguë.

Il faut examiner les voies respiratoires supérieures (p. ex. les oreilles, le nez et la gorge) (*voir le chapitre 2*) et l'appareil cardiovasculaire (*voir le chapitre 4*), et déterminer l'état neuromental du client (afin de déceler une éventuelle hypoxie) (*voir le chapitre 8*).

- Dans les cas d'infection aiguë, il peut y avoir une forte fièvre.
- Accélération possible de la fréquence cardiaque
- Accélération de la fréquence respiratoire, avec diminution possible de la profondeur de la respiration
- Prolongation possible de l'expiration
- Diminution possible de la saturation en oxygène
- Le client peut sembler maigre ou décharné.
- Détresse respiratoire plus ou moins accentuée
- Utilisation possible des muscles respiratoires accessoires
- Cyanose possible
- Hippocratisme digital possible
- Augmentation possible du diamètre thoracique (« thorax en tonneau »)
- Le client peut respirer en pinçant les lèvres.
- Dans les cas d'hypoxie importante, il peut y avoir confusion, irritabilité et degré de conscience diminué.
- Diminution des vibrations vocales
- Diminution de l'amplitude thoracique
- Hypersonorité
- Diminution de l'excursion diaphragmatique (distension chronique des poumons)
- Réduction de l'entrée d'air
- Bruits respiratoires distants (dans les cas de thorax en tonneau)
- Quelques sifflements et crépitations possibles
- Diminution du VEMS

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Bronchite (aiguë)
- Bronchectasie
- Asthme
- Cancer broncho-pulmonaire

COMPLICATIONS

- Bronchite aiguë
- Pneumonie
- Hypertension artérielle pulmonaire
- Cœur pulmonaire (insuffisance ventriculaire droite)
- Insuffisance respiratoire
- Polyglobulie (taux anormalement élevé d'hémoglobine)

TESTS DIAGNOSTIQUES

Faites faire une épreuve fonctionnelle respiratoire et une radiographie pulmonaire pour déterminer les valeurs de base.

TRAITEMENT

Objectifs

- Atténuer ou enrayer la dyspnée
- Réduire l'expectoration
- Maintenir la tolérance à l'effort
- Prévenir la progression de la maladie
- Réduire la fréquence des exacerbations
- Garder le niveau de saturation en oxygène > 90 %

Consultation

Il faut consulter un médecin si le client n'a jamais fait l'objet d'un diagnostic, si ses symptômes ne sont pas maîtrisés par le traitement actuel et s'il présente une exacerbation aiguë.

Interventions non pharmacologiques

Éducation du client

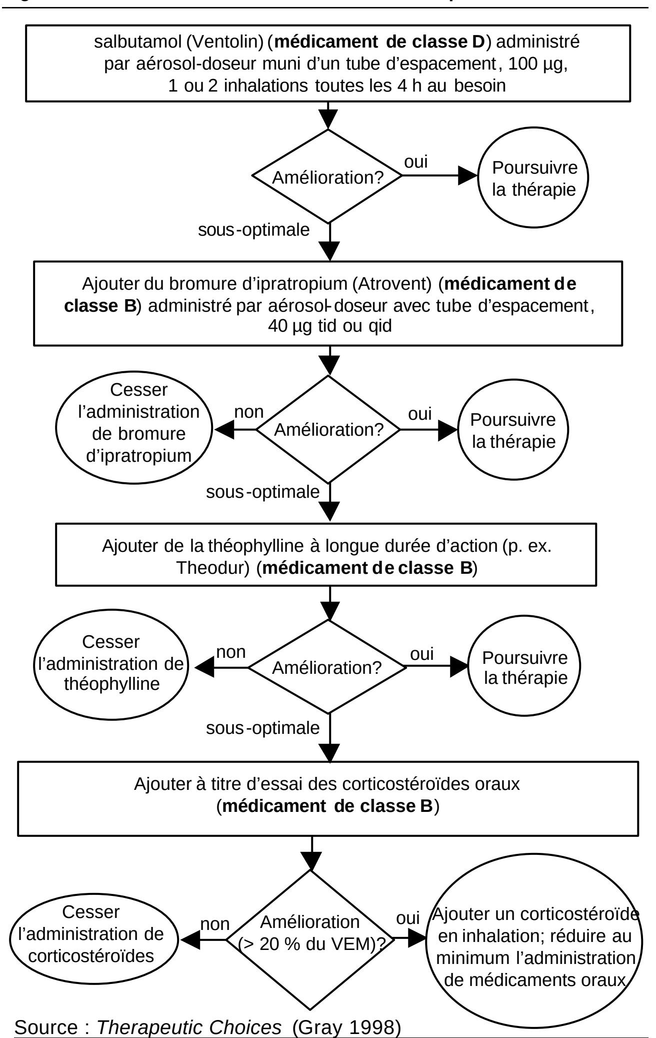
- Une sensibilisation précoce du public au danger du tabagisme peut prévenir des cas de MPOC.
- Conseillez au client de cesser de fumer.
- Recommandez-lui de prendre les mesures suivantes :
  - Maintenir une hydratation suffisante (boire 8-10 verres de liquide par jour; rien n'indique que boire plus que cette quantité de liquide apporte un bienfait quelconque)
  - Augmenter le taux d'humidité ambiante (en gardant toujours une casserole remplie d'eau sur le poêle, particulièrement pendant l'hiver)
  - S'alimenter correctement : prendre plusieurs petits repas riches en protéines et en calories
  - Suivre un programme d'activité physique (p. ex. marcher) pour améliorer son bien-être général et sa condition physique
  - Suivre un régime amaigrissant (si nécessaire)
  - Éviter les voyages en haute altitude. S'il faut prendre l'avion, faire le nécessaire pour avoir accès à de l'oxygène (particulièrement lors des vols en avion non pressurisé).
- Expliquez au client l'histoire naturelle, l'évolution prévue et le pronostic de sa maladie.
- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (raison, dose, fréquence, effets secondaires).
- Montrez au client comment utiliser l'inhalateur.
- Faites de la physiothérapie thoracique (respiration profonde et toux, respiration avec les lèvres pincées, respiration abdominale et drainage postural).
- Apprenez au client à reconnaître les symptômes et les signes d'une exacerbation et d'une infection aiguë pour l'encourager à surveiller son état de santé et à se présenter sans tarder à la clinique si son état se détériore.

Traitement adjuvant

- Envisagez une oxygénothérapie à domicile pour les clients chez qui la maladie est avancée (cela peut augmenter l'espérance de vie de 6 à 7 ans [Canadian Thoracic Society Workshop Group 1992]).
- Administrez chaque année le vaccin antigrippal à tous les clients atteints de MPOC.
- Administrez le vaccin antipneumococcique à tous les clients atteints de MPOC.

Interventions pharmacologiques (figure 2)

Figure 2 : Traitement médicamenteux recommandé pour la MPOC



Source : *Therapeutic Choices* (Gray 1998)

Surveillance et suivi

- Pour les clients qui prennent de la théophylline par voie orale, il faut mesurer les concentrations sériques du médicament tous les 3-6 mois et montrer au client comment reconnaître les symptômes et signes d'effets toxiques.
- Assurez un suivi tous les 6 mois si l'état du client est stable.
- Assurez un suivi chaque mois si les symptômes sont mal maîtrisés.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Le médecin devrait examiner le client au moins une fois par année si son état est stable et dès que possible si les symptômes ne sont pas maîtrisés.

EXACERBATION AIGUË D'UNE MPOC

DÉEFINITION

Détérioration récente de l'état clinique et fonctionnel du patient par suite d'une aggravation de sa MPOC.

SYMPTOMATOLOGIE

- Aggravation de la dyspnée, parfois au repos
- Toux plus fréquente
- Expectoration plus abondante, qui passe souvent de muqueuse à purulente
- Apparition ou accentuation de la respiration sifflante
- Perte d'énergie
- Fièvre
- Accélération de la fréquence respiratoire
- Tachycardie
- Cyanose accrue
- Utilisation des muscles accessoires
- Œdème périphérique
- Déclin de la vigilance
- Aggravation de l'obstruction des voies respiratoires, d'après le VEMS ou le DEP
- Dégradation de la saturation en oxygène, d'après l'oxymétrie de pouls

SIGNES D'UNE EXACERBATION GRAVE

La baisse de la vigilance (capacité d'attention) ou la combinaison de deux autres symptômes et signes caractéristiques d'une exacerbation de MPOC (voir la liste ci-dessus) dénote une exacerbation grave et commande le transport du patient vers le service d'urgence. Ces critères ne sont cependant pas censés remplacer le jugement du professionnel de la santé quant à la nécessité de cette mesure.

TRAITEMENT

Pour déterminer s'il est préférable de traiter le client à domicile ou de l'adresser à un médecin pour évaluation, il faut tenir compte de beaucoup de facteurs; la gravité de l'exacerbation, la gravité de la MPOC préexistante, les autres maladies du patient, les connaissances médicales, le jugement et la fiabilité du client et de ses soignants, la distance entre le domicile du client et le centre de santé ou la clinique.

Dans les cas d'exacerbation, il faut traiter le client par une oxygénothérapie appropriée, l'utilisation énergique de bronchodilatateurs, ainsi que l'administration de corticostéroïdes et d'antibiotiques.

Consultation

Il faut consulter un médecin dès que possible.

Traitement adjuvant

- Administrez de l'oxygène à raison de 4-6 l/min ou plus, au besoin; maintenez la saturation en oxygène à un niveau de 90 % à 92 %.
- Amorcez le traitement IV à l'aide d'un soluté physiologique; ajustez le débit en fonction de l'état d'hydratation du patient.

Interventions pharmacologiques

Le choix des médicaments et des posologies (figure 3) dépend du régime médicamenteux actuel et de la mesure dans laquelle le client l'observe, ainsi que de la gravité de l'exacerbation (particulièrement du degré de détresse respiratoire).

Les doses efficaces maximales d'agonistes $ß_2$ à courte durée d'action (p. ex. salbutamol) et à longue durée d'action (p. ex. bromure d'ipratropium) dans les cas de MPOC ne sont pas connues.

Dans les cas d'exacerbations graves, la *American Thoracic Society* (1995) recommande 6-8 inhalations toutes les 2 heures. La Conférence canadienne de consensus sur l'asthme (Ernst *et al*., 1996) ne formule aucune recommandation à cet égard.

Surveillance et suivi

Vérifiez souvent les signes vitaux, la saturation en oxygène et le DEP pour évaluer la réponse au traitement de bronchodilatation.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale de tout client qui manifeste des signes de détresse respiratoire.

Figure 3 : Traitement médicamenteux recommandé pour des exacerbations aiguës de MPOC

Bronchodilatateurs

p. ex. salbutamol (Ventolin) (**médicament de classe D**), 3 ou 4 inhalations toutes les 4 h au besoin; passer à 6-8 inhalations toutes les 2 h dans les cas graves

+

Anticholinergiques

p. ex. bromure d'ipratropium (Atrovent) (**médicament de classe B**), 3 ou 4 inhalations toutes les 4 h au besoin; on peut passer à 6-8 inhalations toutes les 2 h dans les cas graves

+

Corticostéroïdes oraux

p. ex. prednisone (Prednisolone) (**médicament de classe B**), 40-60 mg par jour pendant 2 semaines

ou

hydrocortisone (Solu-Cortef) (**médicament de classe D**), 500 mg IV

+

Antibiotiques oraux

p. ex. amoxicilline (Amoxil) (**médicament de classe A**), 500 mg PO tid pendant 10 jours

ou

sulfaméthoxazole/triméthoprime (Septra DS) (**médicament de classe A**), 1 comprimé PO bid pendant 10 jours

ou

tétracycline (**médicament de classe A**), 500 mg PO qid pendant 10 jours

ou

Antibiotiques IV

p. ex. ampicilline (Ampicin) (**médicament de classe D**), 500-1 000 mg IV toutes les 6 h

(pour les clients allergiques à la pénicilline, administrez de l'érythromycine (Erythrocin) (**médicament de classe A**), 250-500 mg IV toutes les 12 h)

L'érythromycine interagit avec la théophylline et peut causer des effets toxiques. N'administrez pas d'érythromycine à une personne qui prend déjà une préparation à base de théophylline.

Source : Guidelines for the Assessment and Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Canadian Thoracic Society Workshop Group 1992), Breathing to Live (Champman et Tames 1991, 1994)

BRONCHITE AIGUË

DÉFINITION

Inflammation de la trachée et des bronches (voies respiratoires de gros calibre).

CAUSES

- Infection virale : influenza A ou B, adénovirus, rhinovirus, para-influenza
- Infection bactérienne : *Hemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Mycoplasma* , *Streptococcus pneumoniae*

Facteurs de risque

- Sinusite chronique
- MPOC
- Bronchectasie
- Déficit immunitaire
- Tabagisme
- Fumée secondaire
- Polluants atmosphériques
- Alcoolisme
- RGO

SYMPTOMATOLOGIE

- Infection antérieure des VRS
- Malaise général
- Fièvre
- Toux; sèche au début, puis productive d'expectorations blanches, jaunes ou vertes
- Douleurs musculaires dans la paroi thoracique ou inconfort en toussant
- Respiration sifflante possible

OBSERVATIONS

Les tableaux cliniques de la bronchite chronique et de la pneumonie se ressemblent souvent. En général, les clients souffrant d'une pneumonie paraissent plus mal en point et présentent moins d'anomalies thoraciques. Les micro-organismes à l'origine de la bronchite peuvent aussi causer la pneumonie. La différence tient au foyer anatomique de l'infection. La bronchite affecte les voies respiratoires de gros calibre, tandis que la pneumonie affecte les voies respiratoires de petit calibre et les sacs alvéolaires.

- La température peut être légèrement ou modérément élevée.
- S'il y a fièvre, la fréquence cardiaque peut être légèrement élevée.
- La fréquence respiratoire peut être légèrement élevée.
- Toux spasmodique
- Rhinite possible
- L'expiration peut être légèrement prolongée.
- Présence possible de sifflements (disséminés, à tonalité grave)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Influenza
- Sinusite aiguë
- Pneumonie
- Exacerbation aiguë de bronchite chronique
- Asthme
- Allergies
- Inhalation ou aspiration d'irritants chimiques
- Tuberculose ou cancer du poumon (si les symptômes sont récurrents)
- Coqueluche
- Fibrose kystique

COMPLICATIONS

- Pneumonie
- Toux post-bronchitique

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager les symptômes
- Prévenir la pneumonie

Consultation

Il n'est généralement pas nécessaire de consulter un médecin si le client est par ailleurs en bonne santé.

Interventions non pharmacologiques

- Repos (surtout s'il y a fièvre)
- Hydratation adéquate (8-10 verres de liquide par jour)
- Augmentation de l'humidité ambiante
- Évitement des irritants pulmonaires (p. ex. cesser de fumer ou fumer moins)

Éducation du client

Conseillez au client de se laver les mains pour éviter de transmettre l'infection aux autres membres de sa famille.

Interventions pharmacologiques

Pour soulager la fièvre ou la douleur :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 325 ou 500 mg, 1 comprimé toutes les 4 h au besoin

Les clients qui sont malades depuis plus de 5-7 jours et qui ont des expectorations purulentes, ou ceux qui souffrent aussi d'autres maladies (p. ex. l'asthme) peuvent avoir besoin d'une antibiothérapie. Utilisez les médicaments suivants :

érythromycine (E-Mycin) (**médicament de classe A**), 250 mg PO qid pendant 7 jours

ou

tétracycline (**médicament de classe A**), 250 mg PO qid pendant 7 jours

ou

sulfaméthoxazole/triméthoprime (Septra DS) (**médicament de classe A**), 1 comprimé PO bid pendant 7 jours

Si le client présente un bronchospasme important, il peut utiliser un agoniste $ß_2$ à courte durée d'action (bronchodilatateur) jusqu'à ce que les symptômes aigus disparaissent :

salbutamol (Ventolin) (**médicament de classe D**), 1 ou 2 inhalations toutes les 4 h au besoin

Surveillance et suivi

Prévoyez un suivi après 5-7 jours si les symptômes ne disparaissent pas.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Il n'est habituellement pas nécessaire de diriger le client vers d'autres ressources médicales.

PNEUMONIE

DÉFINITION

Infection des voies respiratoires distales, des sacs alvéolaires ou des deux.

CAUSES

Par le passé, on divisait les pneumonies en deux catégories : bactériennes ou atypiques. Maintenant, dans les cliniques en milieu communautaire, on utilise couramment la classification suivante des pneumonies extra-hospitalières.

- Si le patient était bien portant jusque-là ou s'il a moins de 65 ans (ou les deux), l'infection est le plus susceptible d'être causée par *Streptococcus pneumoniae* (pneumocoque) et *Mycoplasma*, qui sont les pathogènes les plus souvent incriminés chez les jeunes adultes; *Chlamydia pneumoniae* et *Hemophilus influenzae* peuvent également être à l'origine de l'infection, mais ils sont moins fréquents.
- Si le patient présente une affection concomitante ou s'il a 65 ans ou plus (ou les deux), l'infection peut être causée par : *Hemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, *Moraxella catarrhalis*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Staphylococcus aureus* et, moins souvent, par *Streptococcus pneumoniae*.
- La pneumonie d'origine virale est rare, sauf lorsqu'il y a épidémie d'influenza de type A ou d'infections par le virus respiratoire syncytial; elle peut être aussi une complication d'une rougeole atypique.
- Le cytomégalovirus et le virus *Herpes simplex* sont des causes traitables de pneumonie chez des patients immunodéprimés.
- La pneumonie à *Pneumocystis carinii* peut survenir chez les patients immunodéprimés, particulièrement en présence du VIH ou du sida.
- L'aspiration de sécrétions orales pharyngées, du contenu gastrique ou de produits chimiques peut prédisposer un patient à une pneumonie bactérienne. Parmi les personnes à risque figurent les alcooliques, les personnes âgées, les personnes qui ont de la difficulté à avaler, celles qui ont des troubles de la motilité ou des troubles neuromusculaires et les victimes d'AVC.
- Dans une proportion qui varie du tiers à la moitié des cas, la cause de la pneumonie n'est pas identifiée.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes des différents types de pneumonie se ressemblent énormément.

- Fièvre, frissons
- Toux
- Expectorations qui peuvent être jaunes, vertes ou sanguinolantes
- Douleur thoracique : une douleur thoracique « en coup de poignard » vive et localisée est caractéristique de la pneumonie lobaire aiguë.
- Dyspnée possible

Chez les clients âgés ou atteints de maladie chronique, les symptômes peuvent être moins aigus ou moins évidents. Ces patients ne manifestent parfois qu'une certaine confusion ou une aggravation de problèmes médicaux antérieurs.

Habituellement, les pneumonies causées par *Mycoplasma*, *Chlamydia*, *P. carinii* et par des virus apparaissent de façon plus lente et plus insidieuse. Le client ne semble pas très incommodé, il fait relativement peu de fièvre, sa toux est sèche et l'expectoration, peu abondante.

OBSERVATIONS

- Fièvre
- Fréquence cardiaque accélérée
- Fréquence respiratoire accélérée
- Saturation en oxygène diminuée
- Le patient peut sembler très mal en point, mais ce n'est pas nécessairement le cas.
- Rougeur, diaphorèse si la fièvre est élevée
- Le patient peut se tenir le côté affecté s'il y a douleur pleurétique.
- Détresse respiratoire plus ou moins grande
- Matité à la percussion s'il y a condensation
- Diminution possible de l'entrée d'air
- Râles crépitants à l'inspiration
- Respiration sifflante possible
- Souffle tubaire
- Frottement pleural possible (rare)

Chez les clients âgés, le tableau clinique des divers types de pneumonie est souvent atypique ou brouillé. Il peut ne pas y avoir de signes respiratoires clairs. Le patient peut présenter une altération de l'état de conscience, de la confusion, un trouble fonctionnel comme un perte d'énergie, une diminution de l'appétit ou des vomissements. Chez ces clients, le risque de décès attribuable à une infection bactérienne pneumococcique est plus élevé.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- MPOC
- Bronchite aiguë
- Tuberculose sous-jacente
- Cancer du poumon sous-jacent
- Pneumonie d'aspiration
- Abcès du poumon
- Atélectasie

COMPLICATIONS

- Décompensation des autres problèmes de santé
- Insuffisance respiratoire causée par l'hypoxie
- Septicémie (bactériémie)
- Infection métastatique (p. ex. méningite, endocardite, péricardite, péritonite, empyème)
- Insuffisance rénale
- Insuffisance cardiaque

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Radiographie pulmonaire (postéro-antérieure et latérale) seulement si le diagnostic est incertain, après l'examen clinique.

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager les symptômes
- Soulager ou prévenir la détresse respiratoire
- Prévenir les complications

Consultation

Consultez un médecin si le client présente des symptômes sévères (p. ex. s'il semble très mal en point ou s'il présente une hémoptysie, une détresse respiratoire importante ou une affection concomitante grave comme le diabète sucré, une cardiopathie, une néphropathie ou un cancer) ou encore si son état se détériore malgré le traitement oral initial.

Interventions non pharmacologiques

- Repos au lit
- Apport liquidien suffisant (8-10 verres de liquides par jour)
- Augmentation de l'humidité ambiante (bouilloire, humidificateur ou casserole remplie d'eau sur le poêle)

Éducation du client

- Expliquez au client le diagnostic et l'évolution prévue de la maladie.
- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, effets secondaires).

Interventions pharmacologiques

Client de moins de 65 ans sans affection concomitante présentant une pneumonie bénigne ou modérée

Pour soulager la fièvre, la douleur et les courbatures :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 325 ou 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4-6 au besoin

Antibiotiques :

érythromycine (E-Mycin) (**médicament de classe A**), 500 mg PO bid ou 250 mg qid pendant 10 jours

ou

tétracycline (**médicament de classe A),** 250-500 mg qid pendant 10 jours

Client de plus de 65 ans ayant une affection concomitante et une pneumonie bénigne ou modérée :

sulfaméthoxazole/triméthoprime (Septra DS) (**médicament de classe A**), 1 comprimé PO bid pendant 10 jours

ou

céfaclor (Ceclor) ou amoxicilline/clavulanate (Clavulin) si les sulfamides sont contre-indiqués (**médicaments de classe B devant être prescrits par un médecin**)

Surveillance et suivi

Prévoyez un suivi après 48 heures si une dyspnée apparaît et un examen de contrôle après la fin de l'antibiothérapie.

Consultation

Si les symptômes sont légers ou modérés, il n'est généralement pas nécessaire de consulter un médecin à moins que l'état du client ne se détériore, que des complications ne surviennent ou que le client ne présente des affections concomitantes graves.

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE SÉVÈRE

Consultation

Consultez un médecin si le client présente des symptômes sévères (p. ex. s'il semble très mal en point ou s'il présente une hémoptysie, une détresse respiratoire importante ou une affection concomitante grave comme le diabète sucré, une cardiopathie, une néphropathie ou un cancer) ou encore si son état se détériore malgré le traitement oral initial.

Traitement adjuvant

- Administrez de l'oxygène à raison de 6-10 l/min; maintenez la saturation en oxygène à plus de 97 % à 98 %.
- Amorcez le traitement IV à l'aide de soluté physiologique; réglez le débit de manière à maintenir l'équilibre hydrique.

Interventions pharmacologiques

Antibiotiques IV de choix :

ceftriaxone (Rocephin) (**médicament de classe B**), 0,5-1,0 g toutes les 12 h

ou

céfuroxime (Zinacef) (**médicament de classe B**), 750 mg toutes les 8 h

Surveillance et suivi

Surveillez étroitement la saturation en oxygène (à l'aide d'un oxymètre de pouls si possible) et les signes vitaux.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale du client vers un hôpital.

URGENCES RESPIRATOIRES

PNEUMOTHORAX

DÉFINITION

Un pneumothorax est l'affaissement partiel ou complet d'un poumon en raison de la présence d'air dans la cavité pleurale. Il en existe deux catégories : le pneumothorax spontané et le pneumothorax traumatique. Il existe par ailleurs trois mécanismes à l'origine de ce trouble : le pneumothorax fermé, le pneumothorax ouvert et le pneumothorax sous tension.

Pneumothorax fermé : L'air provenant du poumon s'échappe dans la cavité pleurale par suite d'une déchirure du tissu pulmonaire (p. ex. quand l'extrémité d'une côté fracturée perfore le poumon), ce qui provoque l'affaissement du poumon.

Pneumothorax ouvert (lésion thoracique aspirante): L'air de l'extérieur pénètre dans la cavité pleurale par une plaie perforante dans la paroi thoracique (causée, par exemple, par un coup de couteau), entraînant l'affaissement du poumon.

Pneumothorax sous tension : Forme particulière et parfois fatale de pneumothorax fermé. L'air est emprisonné sous pression dans la cavité pleurale. Il provoque l'affaissement du poumon puis exerce une pression sur le cœur et l'autre poumon. Si l'air n'est pas rapidement évacué, il en résultera une hypotension et le décès.

CAUSES

- Perforation de la plèvre viscérale et fuite d'air provenant du poumon
- Lésion pénétrante de la paroi thoracique, du diaphragme, du médiastin ou de l'œsophage

Facteurs de risque

- Idiopathie (cause inconnue, accident spontané)
- MPOC (rupture d'une bulle d'emphysème ou d'une bulle sous-pleurale d'emphysème)
- Tuberculose
- Fibrose kystique
- Asthme
- Tumeur du poumon
- Transport en avion
- Plongée
- Exercice vigoureux spontané
- Tabagisme
- Plaie pénétrante au thorax (p. ex. coup de couteau ou lésion par balle)
- Lésion traumatique au thorax (p. ex. fracture des côtes)

SYMPTOMATOLOGIE

- Traumatisme récent
- MPOC connue
- Jeune homme de grande taille, 20-40 ans (idiopathie)
- Tabagisme
- Apparition soudaine d'une douleur unilatérale à l'épaule ou à la poitrine
- Dyspnée
- Les symptômes peuvent apparaître plus lentement si l'affaissement du poumon est graduel et que l'organisme arrive à compenser partiellement.

OBSERVATIONS

Les signes physiques varient, selon l'importance de l'affaissement pulmonaire et le mécanisme à l'origine du pneumothorax.

- Fréquence cardiaque accélérée
- Fréquence respiratoire accélérée
- Tension artérielle normale ou basse
- Détresse respiratoire légère ou grave, saturation en oxygène diminuée
- Cyanose (signe tardif d'hypoxie)
- On peut parfois sentir un déplacement d'air au-dessus d'une plaie thoracique ouverte.
- Hypersonorité (tonalité creuse au-dessus du pneumothorax).
- Bruits respiratoires diminués ou absents au-dessus du pneumothorax

La trachée est déviée *vers* le côté où est localisé le pneumothorax ouvert ou fermé, mais *de l'autre côté*, s'il s'agit d'un pneumothorax sous tension. Le médiastin (pointe du cœur) est déplacé dans le même sens que la trachée.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Pleurésie
- Péricardite
- Embolie pulmonaire
- Infarctus du myocarde
- Dissection de l'aorte
- Hernie diaphragmatique

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Radiographie pulmonaire (si possible)

TRAITEMENT

Objectifs

- Diminuer la pression dans l'espace pleural (pneumothorax sous tension)
- Améliorer l'oxygénation
- Favoriser la réexpansion du poumon affaissé

Consultation

Consultez un médecin dès que possible.

Traitement adjuvant

- Administrez de l'oxygène à raison de 6-10 l/min; maintenez la saturation en oxygène au-dessus de 97 % - 98 %.
- Procédez au besoin à la ventilation assistée à l'aide d'un ballon ou d'un masque Ambu.
- Amorcez le traitement IV à l'aide d'un soluté physiologique pour garder la veine ouverte; s'il y a eu traumatisme, mettez en place deuxvoies d'accès. Remplacez le sang perdu. (*Voir la section « État de choc » dans le chapitre 14, « Urgences générales et traumatismes majeurs ».)*

Interventions non pharmacologiques

Pneumothorax sous tension

Ce trouble peut être fatal. Pour éviter l'augmentation de la pression, il faut immédiatement évacuer l'air en introduisant une aiguille de gros calibre dans la cavité pleurale.

- Localisez la perforation. On recommande comme point d'insertion le quatrième ou cinquième espace intercostal sur la ligne médio-axillaire du côté du pneumothorax. L'intervention peut aussi se faire par le deuxième espace intercostal.
- Préparez la région à l'aide d'un antiseptique comme une solution de povidone iodée (Proviodine ou Betadine).
- Fabriquez une valve anti-retour en insérant un cathéter de calibre 13 ou 14 à travers un condom.
- Insérez le cathéter dans la peau au-dessus de la cinquième ou de la sixième côte et faites-le passer par-dessus la côte jusque dans l'espace intercostal (si vous utilisez l'autre point d'insertion, passez par-dessus la deuxième côte).

Pneumothorax ouvert

- Couvrez la plaie du thorax à l'aide de gazes stériles que vous fixerez sur trois côtés à l'aide de diachylon.
- Si un corps étranger (p. ex. un couteau) est logé dans la paroi thoracique, *ne le retirez pas*; stabilisez-le et laissez-le en place.

Surveillance et suivi

- Gardez le client au repos.
- Vérifiez souvent l'ABC (voies respiratoires, respiration et circulation), de même que les bruits respiratoires.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez dès que possible à l'évacuation médicale.

OBSTRUCTION AIGUË DES VOIES RESPIRATOIRES PAR UN CORPS ÉTRANGER

DÉFINITION

Obstruction complète ou partielle des voies respiratoires par un corps étranger.

CAUSES

Aspiration (causée par le fait de manger trop vite ou de parler en mangeant, par des troubles neurologiques ou par des troubles de la motilité de l'œsophage).

SYMPTOMATOLOGIE ET OBSERVATIONS

Obstruction partielle des voies respiratoires

- Antécédents clairs d'aspiration soudaine
- Symptômes de détresse respiratoire
- Entrée d'air variant d'insuffisante à adéquate
- Si l'entrée d'air est insuffisante, le client a du mal à parler, à respirer et à tousser; la toux est faible et inefficace; la détresse respiratoire est sévère.
- Si l'entrée d'air est suffisante, le client peut tousser avec force, parler et respirer; entre les quintes de toux, on note souvent une respiration sifflante; le client ne présente pas de détresse respiratoire sévère.

Obstruction complète des voies respiratoires

- Le client est incapable de parler ou de respirer.
- Détresse respiratoire sévère
- Le client porte généralement les mains à sa gorge, signe classique d'étouffement.
- Le client perdra connaissance si les voies respiratoires ne sont pas rapidement dégagées.
- La victime peut être inconsciente.
- Cyanose

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Anaphylaxie avec œdème laryngé (allergie aiguë)
- Lésion traumatique des voies respiratoires
- Crise d'asthme aiguë
- Toute affection pouvant entraîner une insuffisance respiratoire subite (p. ex. AVC, épilepsie, infarctus du myocarde, intoxication médicamenteuse)

COMPLICATIONS

- Rétention d'un fragment de corps étranger
- Fracture des côtes ou lésions internes résultant des poussées abdominales
- Aggravation de problèmes de santé préexistants
- Décès

TRAITEMENT

Objectifs

- Déloger et retirer le corps étranger
- Améliorer l'oxygénation

Interventions non pharmacologiques

- Effectuez des poussées abdominales pour déloger le corps étranger.
- Ne faites pas de poussées abdominales si la personne est capable de tousser fort, de respirer et de parler (signes qui dénotent que l'obstruction est partielle et que l'entrée d'air est suffisante); laissez la personne dégager spontanément ses voies respiratoires en toussant et en respirant.

Traitement adjuvant

- Procédez au besoin à une ventilation assistée à l'aide d'un ballon masque Ambu une fois les voies respiratoires dégagées.
- Administrez de l'oxygène si c'est nécessaire une fois les voies respiratoires dégagées.
- Amorcez un traitement IV avec du soluté physiologique pour garder la veine ouverte si la détresse respiratoire persiste.

Surveillance et suivi

Surveillez le client pour voir si une détresse respiratoire apparaît (ce qui pourrait dénoter la rétention d'un fragment du corps étranger).

Consultation

Consultez un médecin si la détresse respiratoire persiste (ce qui pourrait dénoter la rétention d'un fragment du corps étranger).

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale du client pour qu'un médecin puisse évaluer et prendre en charge la détresse respiratoire persistante.

EMBOLIE PULMONAIRE

DÉFINITION

Obstruction soudaine de la circulation pulmonaire.

CAUSES

- Migration d'un caillot de sang formé dans une veine profonde des jambes ou du bassin
- Embolie graisseuse (consécutive à une fracture du fémur ou du bassin), embolie gazeuse

Facteurs de risque

- Repos au lit prolongé
- Âge avancé
- Obésité
- Lésion traumatique aux membres inférieurs
- Contraceptifs oraux
- Chirurgie récente
- AVC
- Grossesse
- Insuffisance cardiaque
- Maladie maligne

SYMPTOMATOLOGIE

La gravité des symptômes varie considérablement. Les embolies pulmonaires peuvent se présenter sous la forme de trois syndromes différents.

Le cœur pulmonaire aigu (insuffisance cardiaque droite) est causé par un thrombus massif obstruant de 60 à 75 % de la circulation pulmonaire.

L'infarctus pulmonaire survient chez les patients victimes d'une embolie massive et d'une obstruction complète d'une artère pulmonaire distale.

Une dyspnée aiguë inexpliquée survient chez les patients qui ne présentent pas de cœur pulmonaire ni d'infarctus.

- Survenue brutale d'une dyspnée (c'est parfois le seul symptôme)
- Douleur pleurétique au thorax dans les cas d'infarctus
- Toux (rare)
- Hémoptysie possible dans les cas d'infarctus
- Syncope (perte de conscience) possible dans le cas de cœur pulmonaire
- Douleurs aux jambes (peu fréquentes)
- Anxiété

Les clients âgés peuvent présenter une dyspnée de plus en plus marquée, de la confusion et de l'agitation (dénotant une hypoxie).

OBSERVATIONS

Tout comme la symptomatologie, les signes physiques peuvent varier. Les résultats de l'examen peuvent être trompeurs (apparemment normaux) ou visiblement anormaux. Il faut envisager l'embolie pulmonaire chez toute personne qui présente une dyspnée inexpliquée.

- Fréquence cardiaque accélérée
- Fréquence respiratoire accélérée
- Tension artérielle normale, élevée ou basse (cœur pulmonaire)
- Détresse respiratoire variant de légère à sévère, saturation en oxygène diminuée
- Anxiété
- Diaphorèse, pâleur et cyanose possibles
- Distension des veines du cou dans les cas de cœur pulmonaire
- Œdème périphérique possible dans les cas de cœur pulmonaire
- Enflure et rougeur du mollet (peu fréquentes)
- Sensibilité possible du mollet
- Œdème périphérique à godet dans certains cas
- Possible matité à la percussion (dans les cas d'infarctus et en présence d'un épanchement pleural)
- L'entrée d'air peut être réduite dans la région lésée.
- Il peut y avoir des crépitations et une respiration sifflante (dans les cas d'infarctus).
- On peut noter un bruit de galop (B_3) dans les cas de cœur pulmonaire.
- Un deuxième bruit cardiaque fort peut être audible.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Insuffisance cardiaque aiguë
- Infarctus du myocarde
- Pneumonie
- Pleurésie virale
- Péricardite

COMPLICATIONS

- Infarctus pulmonaire
- Cœur pulmonaire (insuffisance cardiaque droite)
- Insuffisance cardiaque gauche avec œdème pulmonaire
- Embolies à répétition
- Décès

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Électrocardiogramme : les résultats sont souvent normaux, sauf pour la tachycardie, mais ils peuvent permettre d'écarter une ischémie myocardique.

TRAITEMENT

Objectifs

- Prévenir le décès
- Prévenir d'autres embolies

Consultation

Consultez un médecin dès que possible.

Traitement adjuvant

- Administrez de l'oxygène à raison de 6-10 l/min ou plus, au besoin; maintenez la saturation en oxygène à plus de 97 à 98 %.
- Amorcez un traitement IV à l'aide de soluté physiologique; réglez le débit de perfusion de manière à maintenir l'équilibre hydrique.
- En cas d'hypotension, réanimez le patient en administrant des volumes liquidiens appropriés (*voir la section « État de choc » dans le chapitre 14, « Urgences générales et traumatismes majeurs »*)

Interventions non pharmacologiques

Repos au lit

Surveillance et suivi

- Vérifiez souvent l'ABC (voies respiratoires, respiration et circulation) et les signaux vitaux s'ils sont anormaux.
- Évaluez régulièrement les bruits pulmonaires pour déceler tout signe d'insuffisance cardiaque.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale dès que possible.

Si le client présente des signes d'œdème pulmonaire, *voir la section « Œdème pulmonaire » dans le chapitre 4, « Appareil cardiovasculaire »*.

INHALATION DE SUBSTANCES TOXIQUES

DÉFINITION

Inhalation de gaz, de vapeurs ou de particules toxiques.

CAUSES

- Incendies domestiques
- Fuite du silencieux d'un véhicule à moteur
- Tentative de suicide
- Exposition professionnelle à des produits chimiques
- Agents : monoxyde de carbone, dioxyde de carbone, gaz toxiques, sous-produits toxiques de la combustion de matières plastiques

SYMPTOMATOLOGIE

- Exposition à l'un des agents énumérés ci-dessus
- Toux et expectorations (parfois noires)
- Dyspnée
- Gorge irritée, voix enrouée
- Altération de l'état de conscience ou confusion avant l'arrivée

OBSERVATIONS

- Fréquence cardiaque accélérée
- Fréquence respiratoire accélérée
- Élévation possible de la tension artérielle
- Dans les cas d'intoxication au monoxyde de carbone, l'oxymètre de pouls ne permet pas de mesurer avec exactitude la saturation en oxygène.
- État de conscience variable
- Détresse respiratoire plus ou moins marquée
- Brûlures au visage, sourcils et poils du nez roussis
- Présence de suie autour du nez ou dans les narines
- Irritation des muqueuses ou brûlures thermiques de la bouche avec présence d'érythème et dépôts de carbone (suie)
- Autres brûlures cutanées
- Irritation des muqueuses (yeux)
- Diminution possible de l'entrée d'air
- Présence possible d'une respiration sifflante (*wheezing*)
- Stridor ou respiration sifflante possible
- Un visage rouge cerise est caractéristique de l'intoxication par le monoxyde de carbone

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Surdose de drogue
- État d'ébriété

COMPLICATIONS

- Bronchospasme
- Œdème pulmonaire
- Œdème laryngé aigu
- Obstruction des voies respiratoires supérieures
- Aggravation d'une maladie cardiaque ou pulmonaire préexistante
- Décès

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Radiographie pulmonaire (si possible), mais seulement si les résultats sont susceptibles de vous amener à ne pas envoyer le client à l'hôpital.

TRAITEMENT

Objectifs

- Améliorer l'oxygénation
- Déceler toute lésion aux poumons

Consultation

Consultez un médecin.

Traitement adjuvant

- Administrez de l'oxygène au masque à raison d'au moins 10-12 l/min.
- Dans les cas d'intoxication au monoxyde de carbone, il faut augmenter le débit d'oxygène - consultez un médecin.
- Amorcez un traitement IV à l'aide d'un soluté physiologique; réglez le débit de perfusion en fonction de l'état d'hydratation du patient.

Interventions pharmacologiques

Le bronchospasme se traite à l'aide de salbutamol en inhalation (Ventolin). *(Pour plus de précisions, voir la section sur le traitement de l'asthme, plus haut dans ce chapitre.)*

Surveillance et suivi

Surveillez de près l'ABC (voies respiratoires, respiration et circulation) et les bruits pulmonaires.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale dès que possible.

CHAPITRE 4 – APPAREIL CARDIOVASCULAIRE

Table des matières

ÉVALUATION DE L'APPAREIL CARDIOVASCULAIRE

ANAMNÈSE ET EXAMEN PHYSIQUE

GÉNÉRALITÉS

Chaque symptôme doit être noté et examiné en fonction des caractéristiques suivantes :

- Apparition (subite ou graduelle)
- Évolution
- Situation actuelle (amélioration ou détérioration)
- Emplacement
- Irradiation
- Qualité
- Fréquence et durée
- Sévérité
- Facteurs déclenchants et aggravants
- Facteurs de soulagement
- Symptômes associés
- Effet sur les activités quotidiennes
- Diagnostic antérieur
- Traitements antérieurs
- Efficacité de ces traitements

SYMPTÔMES DOMINANTS

En plus des caractéristiques décrites ci-dessus, vous devez examiner en particulier les éléments suivants :

Douleur thoracique

- Symptômes associés (p. ex. évanouissement, essoufflement)
- Rapport avec l'effort, l'activité physique, les repas, le fait de se pencher

Essoufflement

- Rapport avec l'activité physique (sur terrain plat, en pente, dans les marches)
- Relation avec la posture
- Orthopnée (nombre d'oreillers pour dormir)
- Dyspnée paroxystique nocturne
- Œdème des chevilles ou récente prise de poids

Évanouissement ou syncope

- Faiblesse, étourdissements, perte de conscience
- Symptômes associés (p. ex. douleur, palpitations, essoufflement, étourdissement, nausée, sudation)
- Rapport avec les changements de posture, vertige ou symptômes neurologiques

Palpitations

- Description : battements rapides ou lents, irréguliers ou réguliers
- Rapport avec l'activité physique

Expectorations

- Couleur
- Consistance (p. ex. blanches spumeuses, roses)

Cyanose

- Lèvres ou doigts bleus (circonstances, premières manifestations, changements récents)

Membres

- Localisation de l'œdème (p. ex. parties dépendantes)
- Rapport entre l'œdème et l'activité ou l'heure
- Claudication intermittente (douleur à la jambe causée par une activité physique)
- Distance parcourue avant l'apparition de la douleur liée à la claudication
- Temps requis pour soulager la claudication
- Température de la région touchée (chaude, fraîche ou froide)
- Engourdissement
- Crampes dans les jambes ou douleur au repos
- Présence de varices

Autres symptômes associés

- Sudation
- Nausées
- Vomissements

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (APPAREIL CARDIOVASCULAIRE)

- Cholestérolémie élevée
- Hypertension
- Coronaropathie (angine de poitrine)
- Infarctus du myocarde
- Souffles cardiaques
- Rhumatisme articulaire aigu
- Valvulopathie
- Diabète sucré
- Maladie de la thyroïde
- Néphropathie chronique
- Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- Lupus érythémateux aigu disséminé
- Maladie virale récente (p. ex. cardiomyopathie virale)

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (APPAREIL CARDIOVASCULAIRE)

- Diabète sucré
- Hypertension
- Coronaropathie (ischémique)
- Cardiopathie
- Infarctus du myocarde (surtout s'il est survenu à moins de 50 ans chez un ou des proches parents)
- Mort cardiaque subite
- Hypercholestérolémie
- Cardiomyopathie hypertrophique

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET SOCIAUX (APPAREIL CARDIOVASCULAIRE)

- Tabagisme
- Exposition à la fumée secondaire
- Obésité
- Stress élevé (personnel ou professionnel)
- Abus prolongé de cocaïne, d'amphétamines et de stéroïdes anabolisants
- Abus d'alcool

EXAMEN DE L'APPAREIL CARDIOVASCULAIRE

L'examen physique de l'appareil cardiovasculaire ne se limite pas au cœur. Il englobe généralement deux grandes entités : l'appareil cardiovasculaire central (tête, cou et région précordiale) et l'appareil vasculaire périphérique (membres). L'examen doit également inclure une évaluation complète des poumons et de l'état neuromental (signes de confusion, irritabilité ou stupeur).

SIGNES VITAUX

- Température
- Pouls
- Fréquence respiratoire
- Saturation en oxygène
- Tension artérielle (position couchée et debout, les deux bras)

TÊTE ET COU

- Cyanose centrale
- Couleur de la conjonctive
- Pression veineuse jugulaire (PVJ)
- Souffles carotidiens

INSPECTION DE LA RÉGION PRÉCORDIALE (POITRINE)

- Les battements cardiaques sont-ils visibles?

PALPATION

- Emplacement du choc de la pointe
- Description et intensité du choc de la pointe (normal, diffus, faible, prononcé)
- Soulèvement (choc de la pointe anormalement prononcé)
- Frémissement (souffle palpable qui ressemble à un ronronnement)
- Détection et évaluation des battements et des frémissements dans les régions aortique, mitrale et tricuspide, ainsi que dans la région de l'artère pulmonaire, le long des bords gauche et droit du sternum, sur l'épigastre et le long de la ligne axillaire antérieure gauche

AUSCULTATION

- Écoutez les bruits normaux du cœur avant d'essayer de détecter des souffles.
- Utilisez d'abord la membrane du stéthoscope, puis le pavillon.
- Auscultez l'apex, les régions de l'aorte et de l'artère pulmonaire, puis le long du bord gauche du sternum.

BRUITS CARDIAQUES

- Évaluez la fréquence et le rythme.
- Déterminez s'il y a un rythme sous-jacent ou s'il s'agit d'un rythme tout à fait irrégulier.
- Décelez les premier et deuxième bruits du cœur et décrivez leur intensité.
- Détectez d'autres bruits (B_3, B_4, dédoublement du second bruit, frottements)

SOUFFLES

- Situation dans le cycle cardiaque
- Qualité
- Intensité sonore
- Lieu d'intensité maximale
- Irradiation
- Tonalité (aiguë ou grave)

BRUITS

- Carotidien
- Abdominal
- Iliaque
- Fémoral

MEMBRES

Mains

- Couleur de la peau et des lits unguéaux
- Taches de nicotine
- Hippocratisme digital
- Température
- Égalité des pouls brachiaux et radiaux
- Synchronisme des pouls radiaux et fémoraux
- Temps de remplissage capillaire

Jambes

- Couleur (pigmentation, coloration anormale), répartition des poils
- Température, texture
- Temps de remplissage capillaire
- Changement de la couleur du pied en rapport avec la position de la jambe (p. ex. blancheur en élévation, rougeur en déclivité)
- Ulcères, varices, œdème (examen du sacrum si le client est alité)
- Présence et égalité des pouls (fémoral, poplité, tibial postérieur, pédieux)

AUTRES ÉVALUATIONS

S'il ne s'agit pas d'un cas urgent, effectuez les examens suivants :

- Signes de rétinopathie hypertensive ou diabétique (examen du fond de l'œil)
- Couleur, température, présence d'éruptions, de lésions ou de xanthomes sur la peau
- Bruits abdominaux, hypertrophie du foie, sensibilité à la palpation dans le quadrant supérieur droit de l'abdomen

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES SYMPTÔMES CARDIOVASCULAIRES DOMINANTS

DOULEUR THORACIQUE

Voir le tableau 1.

Tableau 1 : Diagnostic différentiel de la douleur thoracique

Caractéristiques de la douleur	Infarctus du myocarde ou insuffisance coronarienne aiguë	Angine de poitrine	Pneumonie	Embolie pulmonaire*	Péricardite	Atteinte musculo-squelettique	Trouble œsophagien, gastrique ou duodénal	Stress ou trouble émotionnel
Apparition	soudaine, au repos	à l'effort	graduelle ou soudaine	soudaine	graduelle ou soudaine	graduelle ou soudaine	graduelle ou soudaine	graduelle ou soudaine
Localisation	rétrosternale, partie antérieure du thorax	rétrosternale, partie antérieure du thorax	champ pulm. antérieur, latéral ou postérieur	rétrosternale, partie antérieure ou latérale du thorax	rétrosternale, partie antérieure du thorax	partie antérieure du thorax, partie latérale et(ou) postérieure de la paroi thoracique	rétrosternale, épigastrique, thorax gauche, quadrant sup. gauche ou droit	variable; partie antérieure du thorax, partie gauche du thorax
Irradiation	bras gauche, épaule gauche, cou, mâchoire, dos, partie sup. de l'abdomen	bras gauche, épaule gauche, cou, mâchoire, dos, partie sup. de l'abdomen	partie antérieure du thorax, épaule, cou	variable	variable, pointe de l'épaule, cou	bras, épaule, cou, dos, abdomen	parfois dos ou bras	habituellement aucune
Durée	> 20 min	habit. < 1-2 min	des heures	variable	heures, jours	minutes ou heures	minutes ou heures	minutes ou heures
Intensité	sévère	légère à modérée	modérée	nulle ou légère à modérée	habit. modérée, mais parfois sévère	légère à modérée	modérée	légère à modérée
Description	sensation de serrement, de pression	sensation d'oppression, de pression	endolorissement avec douleur pongitive intermittente	douleur sourde; parfois douleur en coup de poignard	douleur vive	douleur sourde continue; parfois douleur vive	sensation de brûlure (habit.); oppression	endolorissement, douleur en coup de poignard
Soulagement	aucun	rapide au repos et(ou) avec nitroglycérine sublinguale	aucun	aucun	souvent : position assise, penché vers l'avant; autres changements de posture	repos, analgésiques doux	antiacides, lait, position assise, position debout	repos, relaxation, distraction
Facteurs déclenchants ou aggravants	aucun facteur nécessairement évident	effort, repas copieux, monter une pente contre un vent froid	douleur accrue à la toux ou à l'inspiration profonde; rhume récent	immobilisation; aucun facteur nécessairement évident; douleur plus intense si inspiration profonde ou toux	infection récente des VRS; douleur plus intense à l'inspiration profonde ou à la toux	effort physique inhabituel; douleur plus intense avec mouvement du bras	certains aliments; repas copieux, se pencher vers l'avant; peut éveiller le patient; peut survenir l'estomac vide	situations stressantes, fatigue
Signes et symptômes associés	nausée, sudation, essoufflement, anxiété, palpitations	habituellement aucun	fièvre, toux, expectoration, essoufflement	essoufflement, sudation, hémoptysie, douleur à la jambe (rare)	poss. symptômes d'infection des VRS; habit. chez le jeune adulte	sensibilité localisée au toucher de la paroi thoracique, région costochondrale sensible	régurgitation d'acide en bouche, éructation, difficulté à avaler, sensation collante à la déglutition, toux (rare); présence possible de sang dans les selles	raideur dans le cou et les épaules; céphalées; légère perte d'appétit; légère perte de poids, fatigue, troubles du sommeil, palpitations, étourdissement, symptômes d'hyperventilation

*Dans les cas d'embolie pulmonaire, la douleur thoracique n'est pas nécessairement présente.

DYSPNÉE

Causes cardiaques

- Insuffisance cardiaque (droite, gauche ou biventriculaire)
- Coronaropathie
- Infarctus du myocarde (récent ou ancien)
- Cardiomyopathie
- Dysfonctionnement valvulaire
- Hypertrophie du ventricule gauche
- Hypertrophie septale asymétrique
- Péricardite
- Arythmie

Causes pulmonaires

- MPOC
- Asthme
- Affections pulmonaires restrictives
- Maladies pulmonaires héréditaires
- Pneumothorax

Causes mixtes (cardiaques et pulmonaires)

- MPOC avec hypertension pulmonaire et cœur pulmonaire
- Déconditionnement
- Embolie pulmonaire chronique
- Traumatisme

Causes autres que cardiaques ou pulmonaires

- Maladies métaboliques (p. ex. acidose)
- Douleur
- Atteintes neuromusculaires
- Affections oto-rhino-laryngologiques

Causes fonctionnelles

- Anxiété
- Trouble panique
- Hyperventilation

LIPOTHYMIE ET SYNCOPE

La lipothymie se caractérise par des symptômes passagers de faiblesse associés à une sensation d'évanouissement imminent. La syncope se caractérise plutôt par une faiblesse généralisée et une perte de connaissance associée à une perte du tonus musculaire. Ces symptômes sont attribuables à une atteinte temporaire de la fonction cérébrale et sont habituellement déclenchés par une baisse de la perfusion sanguine cérébrale.

Causes vasculaires

- Hypotension vasovagale (évanouissement « ordinaire »)
- Hypotension orthostatique
- Maladie vasculaire cérébrale (accident ischémique transitoire, accident vasculaire cérébral, insuffisance vertébrobasilaire, insuffisance carotidienne)

Causes neurologiques

- Convulsions
- Traumatisme crânien

Causes cardiaques

- Fréquence cardiaque anormalement lente et rythme anormal
- Fréquence cardiaque anormalement rapide et rythme anormal
- Débit cardiaque réduit
- Hémorragie importante (p. ex. gastro-intestinale)
- Cardiopathie valvulaire (sténose de l'aorte ou de l'artère pulmonaire)
- Hypertension pulmonaire

Autres causes

- Hyperventilation (syncopes rares, évanouissements fréquents)
- Hypoxie

PALPITATIONS

Principales causes d'arythmie

- Tachycardie ou arythmie sinusale
- Contractions supraventriculaires précoces ou contractions ventriculaires ectopiques
- Syndrome tachycardie-bradycardie (maladie du sinus)
- Tachycardie supraventriculaire
- Tachycardie auriculaire multifocale
- Fibrillation, flutter ou tachycardie auriculaire
- Tachycardie par réentrée dans le nœud AV
- Tachycardie auriculo-ventriculaire bidirectionnelle (syndrome de Wolff-Parkinson-White)
- Accélération du rythme nodal
- Tachycardie ventriculaire
- Bradycardie due à un bloc auriculo-ventriculaire avancé ou à un dysfonctionnement du nœud sinusal

Causes extracardiaques

- Changements de la contractilité, de la fréquence cardiaque ou du volume d’éjection systolique
- Fièvre
- Hypovolémie
- Anémie
- Hypoglycémie
- Maladie pulmonaire
- Phéochromocytome
- Thyrotoxicose
- Épisodes vasovagals

Causes de nature médicamenteuse

- Vasodilatateurs
- Abus de substances intoxicantes (p. ex. cocaïne, alcool, tabac, caféine)
- Digoxine
- Phénothiazine
- Théophylline
- Agonistes $ß_2$
- Anti-arythmisants

Causes mentales

- Crise de panique
- Hyperventilation

Autres causes cardiaques

- Changements de la contractilité ou du volume d’éjection systolique
- Valvulopathie, p. ex. insuffisance ou sténose aortique
- Communication interauriculaire ou interventriculaire
- Insuffisance cardiaque
- Cardiomyopathie
- Cardiopathie congénitale
- Péricardite
- Tachycardie par réentrée électronique
- Syndrome du stimulateur cardiaque

ŒDÈME DE LA JAMBE

Voir le tableau 2.

Tableau 2. Diagnostic différentiel de l’œdème de la jambe

Mécanisme	Maladie ou syndrome	Caractéristiques cliniques habituelles
Pression capillaire accrue		
Obstruction de la veine cave inférieure	Thrombose, tumeur maligne	Bilatéral, grave (peut être bénin si l’obstruction est partielle)
Obstruction d’une veine profonde de la jambe	Thrombose, compression extrinsèque	Unilatéral, bénin
Réduction de la lumière veineuse ou insuffisance des valvules veineuses	Pontage coronarien (greffe), accident vasculaire cérébral, varices	Unilatéral ou bilatéral, bénin
Hypertension auriculaire droite	Dysfonctionnement auriculaire gauche	Bilatéral
	Maladie pulmonaire	Bilatéral
	Valvulopathie	Bilatéral
	Atteinte rénale	Bilatéral, bénin
Clairance lymphatique réduite (obstruction des vaisseaux lymphatiques)	Lymphadénopathie, filariase	Unilatéral ou bilatéral
Pression oncotique capillaire réduite (hypoalbuminémie)	Malnutrition extrême; atteinte hépatique, rénale ou gastro -intestinale	Bilatéral, bénin ou sévère, généralisé, pronostic sombre
Perméabilité capillaire accrue	Inhibiteurs calciques	Bilatéral, bénin
	Œdème cyclique idiopathique	Bilatéral, bénin; femme prémenstruelle

AFFECTIONS COURANTES DE L'APPAREIL CARDIOVASCULAIRE

DYSLIPIDÉMIE (HYPERLIPIDÉMIE)

DÉFINITION

Une trop forte concentration de lipoprotéines dans le sang est un facteur de risque important de coronaropathie. Les deux principaux lipides dans le sang sont le cholestérol et les triglycérides. Le cholestérol se fixe à trois lipoprotéines significatives sur le plan clinique : lipoprotéines de haute densité (HDL), lipoprotéines de basse densité (LDL) et lipoprotéines de très faible densité (VLDL). Les triglycérides font partie des particules de VLDL, mais leur rôle dans l'athérosclérose n'est pas bien compris. Une concentration élevée de triglycérides (> 11,0 mmol/l) est associée au risque de pancréatite.

La dyslipidémie est l'une des principales causes de formation des plaques d'athérosclérose. Jusqu'à 75 % des patients atteints de coronaropathie présentent une dyslipidémie. La normalisation des concentrations de lipides a un double effet : abaisser le taux de coronaropathies symptomatiques et améliorer la survie globale. La dyslipidémie est étroitement associée aux récurrences de coronaropathie symptomatique.

CAUSES

Hyperlipidémie primaire

Les maladies déterminées par un seul gène sont transmises par un mécanisme dominant ou récessif simple.

Hyperlipidémie secondaire

L'hyperlipidémie secondaire s'inscrit dans un ensemble d'anomalies de certaines voies métaboliques.

- Hypothyroïdie
- Grossesse
- Excès de poids
- Consommation excessive d'alcool
- Hépatopathie obstructive
- Syndrome néphrotique
- Médicaments (p. ex. diurétiques thiazidiques, certains bêtabloquants, contraceptifs oraux, corticostéroïdes)

SYMPTOMATOLOGIE

- Interrogez le client au sujet des facteurs de risque et déterminez les causes possibles de l'hyperlipidémie secondaire.
- Hypercholestérolémie connue (cholestérol total supérieur à 6,2 mmol/l)
- Faible concentration connue du cholestérol HDL (inférieure à 0,9 mmol/l)
- Tabagisme
- Hypertension : tension artérielle de 140/90 mm Hg confirmée à plusieurs reprises ou alors que le patient prend des antihypertenseurs.
- Maladie cardiovasculaire connue ou antécédents familiaux d'infarctus du myocarde chez des personnes de moins de 55 ans
- Maladie endocrinienne (diabète sucré ou causes secondaires incluant hypothyroïdie, néphropathie ou médicaments)
- Les hommes de plus de 45 ans présentent un risque plus grand à ce titre.
- Les femmes ménopausées de plus de 55 ans ainsi que les femmes ayant eu une ménopause provoquée et qui ne suivent pas d'hormonothérapie substitutive présentent également un risque plus élevé.

OBSERVATIONS

- Possibilité de tension artérielle élevée si le patient est hypertendu
- Arc sénile (important chez un patient relativement jeune)
- Rétinopathies (visibles à l'examen du fond d'œil)
- Xanthomes (dépôts de lipides)
- Possibilité de souffles artériels en présence d'athérosclérose
- Baisse de l'intensité des pouls périphériques en présence d'athérosclérose
- Obésité

COMPLICATIONS

- Cardiopathie ou athérosclérose (p. ex. angine de poitrine, infarctus du myocarde)
- Pancréatite (hypertriglycéridémie)

TESTS DIAGNOSTIQUES

Directives pour le dosage des lipides

Le dépistage de la dyslipidémie par l'obtention du bilan lipidique à jeun (cholestérol total, cholestérol HDL, triglycérides et cholestérol LDL) est suggéré dans les cas suivants :

Maladie vasculaire athéroscléreuse :

Tous les 1-3 ans, selon le tableau clinique, jusqu'à l'âge de 75 ans

Xanthomes ou antécédents familiaux de maladie vasculaire athéroscléreuse :

Un bilan lorsque le patient est jeune. Si les résultats sont normaux, reprendre le bilan à 30 ans, puis tous les 5 ans à partir de 40 ans chez l'homme et de 50 ans chez la femme.

Diabète sucré :

Tous les 1-3 ans, selon le tableau clinique.

Hommes de 40-70 ans, femmes de 50-70 ans, même sans autre facteur de risque :

Tous les 5 ans

Les résultats de ces dosages doivent être interprétés en tenant compte des autres facteurs de risque de coronaropathie.

TRAITEMENT

Objectifs

- Atténuer la maladie cardiovasculaire en normalisant la cholestérolémie
- Prévenir la pancréatite consécutive à une hypertriglycéridémie grave

La *prévention primaire* vise à détecter la dyslipidémie avant que les complications surviennent.

Cible : cholestérol LDL inférieur à 4,1 mmol/l si le client présente un seul facteur de risque cardiovasculaire

Cible : cholestérol LDL inférieur à 3,4 mmol/l si le client présente plus d'un facteur de risque cardiovasculaire

La *prévention secondaire* vise à réduire les conséquences de la dyslipidémie chez les personnes atteintes de maladie cardiovasculaire. Ces cibles concernent particulièrement les patients à risque élevé et sont plus strictes que celles qui s'adressent à l'ensemble de la population.

Cible : cholestérol LDL inférieur à 2,6 mmol/l

Interventions non pharmacologiques

- *La première démarche* entreprise dans le traitement de la dyslipidémie doit toujours être de modifier les habitudes alimentaires pour réduire les concentrations de lipides (ces nouvelles habitudes doivent être maintenues pendant 6 mois avant que l'on prescrive des médicaments).
- Pendant ce temps, prescrivez 2 ou 3 autres dosages des lipides.
- Perte de poids
- Abandon du tabac
- Intensification de l'activité physique

Maîtrise optimale des autres maladies contribuant à l'apparition des cardiopathies

- Hypertension : tension artérielle systolique visée < 140 mm Hg, diastolique < 90 mm Hg
- Diabète sucré : la glycémie doit être raisonnablement optimale
- Modification de l'alimentation et des habitudes de vie
- Médicaments appropriés

Interventions pharmacologiques

- Fibrates (p. ex. gemfibrozil)
- Inhibiteurs de la HMG-CoA réductase (statines, p. ex. lovastatine, simvastatine, pravastatine)
- Résine hypocholestérolémiante (p. ex. cholestyramine)
- Acide nicotinique (niacine)

Il est possible de prescrire une association médicamenteuse et les résines peuvent faire partie de toute association. Toutefois, il faut user de prudence avec les associations de statines et de fibrates ou de niacine, en raison d'une fréquence accrue de complications musculaires et hépatiques graves.

Surveillance et suivi

Le suivi est important; évaluez la réponse au traitement dans les 6 semaines (des analyses sanguines permettant de confirmer l'innocuité doivent être effectuées rapidement) et, si les résultats sont satisfaisants, continuez le suivi à intervalles réguliers (tous les 3-12 mois).

Prescrivez un bilan hépatique, un dosage de la cytokinase, une formule sanguine et un dosage de créatinine 3, 6 et 12 mois après le début du traitement par les médicaments hypolipidémiants, puis tous les ans par la suite.

Fréquence des analyses permettant de suivre le traitement de la dyslipidémie :

Patients suivant le régime alimentaire uniquement :

Début : Tous les 3-6 mois pendant un an

Par la suite : Tous les 6 à 12 mois

Patients suivant le régime alimentaire et le traitement médicamenteux :

Début du traitement médicamenteux : Toutes les 6-8 semaines pendant 6 mois, selon la gravité

Par la suite : Tous les 3 mois la première année, puis tous les 6-12 mois.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez au médecin tous les clients ayant fait l'objet d'un diagnostic d'hyperlipidémie pour que leur état et leurs besoins en matière d'hypolipidémiants soient évalués.

ANGINE DE POITRINE

DÉFINITION

Cardiopathie survenant par suite d'un apport insuffisant de sang et, par conséquent, d'oxygène, au myocarde.

TYPES

Angine stable

Schéma prévisible de sensation d'oppression dans la poitrine à l'effort, soulagée par le repos ou la nitroglycérine. Fréquence, intensité et durée des épisodes stables depuis 6 semaines.

Angine instable

Angine d'installation récente ou angine variable, par exemple, si l'intensité, la fréquence ou la durée des épisodes augmente, ou s'ils surviennent au repos.

Infarctus du myocarde

Pour plus de précisions sur ce type d'angine, *voir la section « Urgences cardiovasculaires » plus loin dans le chapitre.*

CAUSES

L'angine de poitrine résulte d'une ischémie du myocarde, qui survient lorsque le travail du cœur et la demande du myocarde en oxygène dépassent la capacité des artères coronaires à fournir le sang oxygéné requis. C'est la principale manifestation clinique de la coronaropathie (dépôt d'athéromes dans l'intima des grosses et des moyennes artères qui irriguent le cœur).

Facteurs de risque

- Hypertension
- Hyperlipidémie
- Diabète sucré
- Tabagisme
- Antécédents familiaux de coronaropathie précoce (p. ex. décès du père d'une coronaropathie à moins de 60 ans)
- Prise de contraceptifs oraux
- Sédentarité
- Obésité (en particulier sur le tronc)

SYMPTOMATOLOGIE

Angine stable

Douleur thoracique décrite comme une oppression, une pression ou un endolorissement, généralement située dans la région rétrosternale, irradiant dans un bras ou dans les deux et durant au plus 5 minutes, qui est déclenchée par l'effort ou un stress émotionnel et qui est soulagée par le repos ou la nitroglycérine.

Angine instable

Douleur angineuse plus intense durant plus de 30 minutes ou survenant au repos, qui n'est pas soulagée par le repos ou la nitroglycérine sublinguale.

Symptômes associés

- Dyspnée
- Nausée ou vomissements
- Sudation
- Faiblesse
- Palpitations

OBSERVATIONS

- Sudation profuse
- Appréhension
- Saturation en oxygène (peut être normale ou non dans les cas d'infarctus du myocarde)
- Tension artérielle (peut être élevée ou basse dans les cas d'infarctus du myocarde)
- Tachycardie
- Bruit de galop en B_4
- Changements dans l'électrocardiogramme (ECG) (dépression du segment ST, inversion de l'onde T)

Ces symptômes et signes sont passagers dans les cas d'angine stable et disparaissent lorsque la douleur s'atténue. Lorsqu'une personne souffrant d'angine stable se présente en clinique, la crise est habituellement passée, car l'épisode est de courte durée et de faible intensité. Aucune observation notable ne peut alors être faite.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Douleur de la paroi thoracique
- Autre malaise musculo-squelettique
- Ulcère gastroduodénal
- Reflux gastro-œsophagien
- Spasme œsophagien
- Indigestion
- Crise d'anxiété
- Embolie pulmonaire
- Péricardite
- Dissection de l'aorte
- Pneumothorax (spontané)

COMPLICATIONS

- Angine instable
- Infarctus du myocarde

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Comparez le tracé de l'ECG avec un précédent, si possible, et vérifiez s'il y a des signes d'ischémie (dépression du segment ST, inversion de l'onde T, autres changements récents)
- Demandez une formule sanguine ainsi que le dosage du glucose, de la créatinine et du cholestérol dans le sang.

TRAITEMENT DE L'ANGINE STABLE

Objectifs

- Réduire ou prévenir les récurrences
- Repérer et prendre en charge les facteurs de risque
- Améliorer la tolérance à l'effort
- Prévenir les complications

Consultation

Consultez un médecin dès que possible pour obtenir de l'aide concernant le diagnostic et les traitements possibles.

Interventions non pharmacologiques

Éducation du client

- Assurez-vous que le client comprend la maladie.
- Encouragez le client à changer son mode de vie (p. ex. modifier son alimentation en réduisant l'apport en matières grasses et en cholestérol).
- Encouragez le client à perdre du poids, à cesser de fumer, à éviter les efforts vigoureux mais à faire davantage d'exercice modéré (p. ex. marche).

Interventions pharmacologiques

Prophylaxie contre la formation de thrombus :

acide acétylsalicylique entérosoluble (AAS) (**médicament de classe A**), 325 mg par jour, si ce n'est pas contre-indiqué et si le client n'en prend pas déjà.

Épisodes aigus d'angine :

nitroglycérine (**médicament de classe C**), comprimés SL à 0,3-0,6 mg ou vaporisation linguale (0,4 mg) au besoin

Prophylaxie à long terme :

1re étape : Si la nitroglycérine est efficace et si le client *n'est pas* hypertendu, ajoutez les nitrates à longue durée d'action (p. ex. timbre Isordil ou Nitro-Dur) (**médicament de classe B**), 0,2-0,8 mg/h pendant 12 heures toutes les 24 heures.

2e étape : Si le client ne répond pas bien aux nitrates à longue durée d'action ou s'il est hypertendu, ajoutez *soit* un bêtabloquant, p. ex. métoprolol (Betaloc) (**médicament de classe B**), *soit* un inhibiteur calcique, p. ex. diltiazem (Cardizem) (**médicament de classe B**).

3e étape : Si le client ne répond pas bien au bêtabloquant ou à l'inhibiteur calcique, tentez un traitement associant un bêtabloquant et un inhibiteur calcique.

Il semble de plus en plus évident que les bêtabloquants sont le médicament de choix dans le traitement de l'angine. Ils sont au moins aussi efficaces que les deux autres classes de médicaments en ce qui conceme la maîtrise des symptômes. Les bêtabloquants réduisent également le risque d'accidents cardiaques chez les patients souffrant d'angine et d'ischémie silencieuse. Les nitrates et les inhibiteurs calciques n'offrent pas cet avantage supplémentaire. Pour le patient dont l'état n'est pas maîtrisé par les bêtabloquants ou qui ne les tolère pas, les nitrates à longue durée d'action sont efficaces en association avec les bêtabloquants et constituent la deuxième option thérapeutique.

Surveillance et suivi

- Faites un suivi tous les 6 mois une fois que les symptômes sont stabilisés.
- Surveillez les symptômes et soyez à l'affût de tout changement, en particulier à la hausse.
- Suivez le poids et la consommation de tabac.
- Prenez la tension artérielle et le pouls.
- Prescrivez les analyses sanguines prévues.
- Surveillez l'adhésion au traitement et la réponse aux médicaments (p. ex. bêtabloquants) et aux modifications durables des habitudes de vie.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez à un médecin tous les clients chez qui l'angine n'a jamais été diagnostiquée et tous les clients dont les symptômes ne sont pas maîtrisés par le traitement en cours, pour une évaluation complète. Une fois leur état stabilisé, les clients doivent être examinés par un médecin au moins une fois par année.

TRAITEMENT DE L'ANGINE INSTABLE

Pour tout client qui se présente à la clinique avec une douleur thoracique, des antécédents d'angine récente ou des symptômes d'angine au repos; pour tout client ayant une cardiopathie diagnostiquée et dont les symptômes augmentent ou le tracé de l'ECG change :

Consultation

Consultez un médecin dès que possible.

Traitement adjuvant

- Administrez de l'oxygène à raison de 6-10 l/min pour maintenir la saturation en oxygène supérieure à 97-98 %.
- Amorcez un traitement intraveineux avec un soluté physiologique pour maintenir la veine ouverte.

Interventions non pharmacologiques

Repos au lit lorsque le client se plaint de douleur au moment de la consultation

Interventions pharmacologiques

nitroglycérine (**médicament de classe C**), comprimés SL 0,3 mg immédiatement; répétez deux fois, aux 5 min

Si le client est hypotendu ou présente une bradycardie, ne lui administrez pas de nitroglycérine sans d'abord consulter un médecin. Si la douleur ne disparaît pas, considérez-le comme un cas d'infarctus du myocarde (*voir la section « Infarctus du myocarde » dans le présent chapitre*).

Surveillance et suivi

Continuez de surveiller étroitement la douleur, les signes vitaux (y compris la saturation en oxygène), les bruits cardiaques et pulmonaires, ainsi que les tracés d'ECG.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale dès que possible.

Le pontage coronarien ou l'angioplastie peuvent être indiqués lorsque les symptômes graves ne s'atténuent pas malgré un traitement médical optimal.

INSUFFISANCE CARDIAQUE CONGESTIVE

DÉFINITION

Syndrome clinique résultant d'une accumulation de liquide en périphérie (insuffisance ventriculaire droite) ou à l'intérieur des poumons (insuffisance ventriculaire gauche), ou les deux, causée par un mauvais fonctionnement du cœur. L'insuffisance cardiaque est la complication d'une maladie préexistante.

L'insuffisance systolique (la forme la plus fréquente) survient lorsque le cœur ne pompe pas le sang adéquatement. L'insuffisance diastolique, quant à elle, se manifeste lorsque le cœur ne parvient pas à s'emplir adéquatement, alors que la fonction systolique est normale.

CAUSES (FACTEURS DÉCLENCHANTS DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE AIGUË)

Demande accrue du myocarde

- Stress (physique, environnemental ou émotionnel)
- Infection ou fièvre
- Anémie
- Hyperthyroïdie
- Hypertension
- Grossesse

Adhésion au traitement et mode de vie

- Mauvaise adhésion au traitement
- Excès alimentaires (p. ex. excès de sel ou d'eau)
- Consommation élevée d'alcool

Sel et rétention d'eau

- Médicaments : anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), corticostéroïdes, antidépresseurs tricycliques, chlorpropamide
- Néphropathie

Réduction de la fonction de pompage des ventricules

- Médicaments inotropes négatifs : bêtabloquants, inhibiteurs calciques, anti-arythmisants, agents de chimiothérapie
- Arythmies
- Ischémie or infarctus
- Embolie pulmonaire
- Radiothérapie

SYMPTOMATOLOGIE

- Essoufflement (d'abord provoqué par l'activité physique)
- Évolution vers l'orthopnée, la dyspnée paroxystique nocturne et la dyspnée au repos
- Toux chronique non productive, plus prononcée la nuit ou en position couchée
- Œdème des chevilles
- Prise de poids récente
- Nocturie
- Fatigue chronique
- Palpitations
- Symptômes de maladie intercurrente (p. ex. pneumonie)
- L'anxiété peut aggraver l'état du patient.
- Chez les personnes âgées, l'état mental peut s'altérer à mesure que l'insuffisance cardiaque évolue.

OBSERVATIONS

La gravité des signes observés peut varier considérablement.

- Fréquence cardiaque élevée
- Fréquence respiratoire élevée
- Tension artérielle normale, élevée ou faible
- Gain de poids (traduisant la rétention liquidienne)
- Détresse minime à extrême en position couchée
- Distension possible de la veine jugulaire
- Pression veineuse jugulaire élevée (> 3 cm)
- Possibilité d'œdème (pieds, chevilles ou tibias; sacrum si le patient est alité)
- Hépatomégalie
- Reflux hépatojugulaire
- Ascite (rare)
- Matité à la base des poumons (épanchement pleural) des deux côtés (rare)
- Crépitations ténues à la base des poumons
- Possibilité de B_3, de B_4 ou de bruit de galop; s'il y a dysfonctionnement valvulaire, possibilité de souffles

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- *Voir la section « Causes » plus haut.*
- Bronchite aiguë chez des sujets atteints de MPOC ou d'asthme
- Autres causes d'œdème (néphropathie, hépatopathie, stase veineuse localisée, lymphœdème)
- Embolie pulmonaire

COMPLICATIONS

- Arythmies
- Hépatomégalie (ascite)
- Œdème pulmonaire aigu
- Hypokaliémie due à la prise de diurétiques
- Angine de poitrine
- Réduction de la fonction rénale, de la clairance rénale des médicaments (effets toxiques de la digoxine)
- Embolie pulmonaire
- Effets secondaires des médicaments

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Faites un ECG et comparez le tracé avec un tracé précédent, si possible.
- Surveillez les signes d'ischémie (dépression du segment ST, inversion de l'onde T), de fibrillation auriculaire, de bradycardie.

Demandez les tests diagnostiques suivants uniquement lorsque l'hospitalisation ne s'impose pas.

- Formule sanguine
- Glycémie
- Fonction thyroïdienne
- Fonction hépatique
- Dosage de la ferritine
- Dosage de la créatinine
- Dosage des électrolytes
- Dosage de la digoxine (au besoin), si cela n'a pas été fait depuis trois mois
- Radiographie pulmonaire (cardiomégalie, œdème pulmonaire, épanchements pleuraux), si possible

TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE

Objectifs

- Maîtriser les symptômes
- Repérer et traiter la cause préexistante
- Limiter les facteurs qui déclenchent ou aggravent les symptômes
- Empêcher la progression de la maladie
- Améliorer la qualité de vie et le taux de survie

La gravité de l'insuffisance cardiaque pouvant varier énormément d'une personne à l'autre, une bonne évaluation de la gravité du cas aidera à orienter le traitement. Le traitement médical sera établi selon l'origine de l'insuffisance - dysfonctionnement systolique ou diastolique - et la cause préexistante ou le facteur déclenchant (p. ex. fibrillation auriculaire).

Consultation

Consultez un médecin dès que possible.

Interventions non pharmacologiques

Éducation du client

- Assurez-vous que le client comprend bien la maladie et ses conséquences (il s'agit d'une maladie évolutive, qui peut être maîtrisée mais non guérie).
- Recommandez-lui de modifier ses habitudes alimentaires : réduire l'apport en sodium, augmenter l'apport en potassium (si la fonction rénale est adéquate), réduire la consommation de matières grasses et d'aliments contenant du cholestérol.
- Recommandez-lui de réduire son apport liquidien à 1,2-2,0 litres par jour.
- Recommandez-lui de restreindre sa consommation d'alcool.
- Recommandez-lui de perdre du poids, s'il y a lieu.
- Recommandez-lui de surveiller son poids et de revenir voir l'infirmière s'il prend plus de 1,5 kg (3 lb) en une journée.
- Recommandez-lui de se reposer après les repas.
- Encouragez-le à entreprendre un programme d'activité physique (marche) pour améliorer sa tolérance à l'effort.
- Soulignez l'importance du suivi à long terme (tous les 3-6 mois, une fois son état stabilisé).
- Expliquez-lui l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, adhésion au traitement, effets secondaires).
- Montrez au client qui prend de la digoxine à prendre son pouls.

Traitement adjuvant

- Vaccin antipneumococcique
- Vaccin antigrippal tous les ans

Interventions pharmacologiques

Quatre classes de médicaments sont recommandées pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque congestive : inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA), diurétiques, glucosides cardiotoniques et nitrates ou vasodilatateurs directs.

On a souvent recours à une démarche graduelle.

1re étape : inhibiteurs de l'ECA, p. ex. captopril (Capoten) (**médicament de classe B**)

2e étape : diurétiques, p. ex. furosémide (Lasix) (**médicament de classe B**)

3e étape : glucosides cardiotoniques, p. ex. digoxine (Lanoxin) (**médicament de classe B**)

4e étape : nitrates ou vasodilatateurs, p. ex. nitroglycérine topique (Nitro-Paste) (**médicament de classe B**) 1,25-2,5 cm toutes les 12 heures pendant 24 heures

Nitrates

On recommande souvent de prescrire une préparation de nitroglycérine à longue durée d'action visant à réduire la charge de travail du cœur pour atténuer les symptômes et améliorer la tolérance à l'effort chez les clients qui ne tolèrent pas les inhibiteurs de l'ECA ou dont les symptômes persistent malgré un traitement optimal par des inhibiteurs de l'ECA, des diurétiques et de la digoxine ou en présence d'ischémie myocardique (c.-à-d. tension artérielle systolique supérieure à 100 mm Hg).

Vasodilatateurs

Les vasodilatateurs tels que l'hydralazine peuvent également être prescrits en association avec des nitrates aux clients dont les symptômes persistent malgré la prise d'inhibiteurs de l'ECA, de diurétiques et de digoxine ou à ceux qui ne tolèrent pas les inhibiteurs de l'ECA.

Bêtabloquants

Les bêtabloquants, comme le métoprolol, peuvent être prescrits aux clients qui présentent une insuffisance cardiaque congestive chronique afin de préserver ou d'améliorer la fonction ventriculaire. Ils peuvent servir à maîtriser les symptômes d'ischémie chez les clients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive et d'angine de poitrine.

Il faut éviter de prescrire des bêtabloquants aux clients dont le débit cardiaque est faible et il faut user d'une grande prudence chez les clients souffrant de maladie pulmonaire obstructive (p. ex. asthme).

Inhibiteurs calciques

Les inhibiteurs calciques peuvent être prescrits aux clients qui présentent une insuffisance cardiaque congestive diastolique afin de normaliser la tension artérielle et de favoriser une certaine régression de l'hypertrophie du cœur. Ils peuvent également se révéler utiles chez les clients souffrant de cardiomyopathie hypertrophique.

Les inhibiteurs calciques sont généralement contre-indiqués dans les cas d'insuffisance cardiaque systolique et pour les personnes qui ont eu un infarctus du myocarde accompagné de dysfonctionnement ventriculaire gauche.

Anti-arythmisants

Les anti-arythmisants sont généralement prescrits aux clients qui présentent des symptômes et des arythmies ventriculaires persistantes. Ils servent également à maintenir le rythme sinusal dans les cas de fibrillation auriculaire.

Anticoagulants

Les anticoagulants sont fortement recommandés dans tous les cas d'insuffisance cardiaque accompagnée de fibrillation auriculaire.

Surveillance et suivi à long terme

- Examinez les appareils cardiaque et respiratoire à la recherche de symptômes
- Prenez le poids du client à chaque visite et inscrivez-le au dossier.
- Interrogez-le sur les médicaments qu'il prend (adhésion au traitement, posologie, fréquence, effets secondaires, médicaments provoquant une rétention sodique [p. ex. AINS]).
- Dites-lui de revenir à la clinique si les symptômes s'aggravent ou s'il ressent une douleur thoracique.
- Prescrivez des analyses de laboratoire tous les 3-6 mois : formule sanguine; dosage de la créatinine, des électrolytes et de l'acide urique (si le client prend un diurétique thiazidique); analyse d'urine (présence de protéines); dosage de la digoxine.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un médecin pour une évaluation complète et un traitement médicamenteux adapté à son état.

TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE AIGUË DÉCOMPENSÉE

Consultation

Consultez le médecin dès que possible.

Traitement adjuvant

- Administrez de l'oxygène à raison de 6-10 l/min pour maintenir la saturation en oxygène à plus de 97-98 %.
- Amorcez un traitement IV avec du soluté physiologique pour garder la veine ouverte.

Interventions non pharmacologiques

Repos au lit, tête surélevée

Interventions pharmacologiques

Diurétiques :

furosémide (Lasix) (**médicament de classe D**), 40-80 mg IV

La dose peut être plus élevée lorsque la personne prend déjà ce diurétique en traitement d'entretien pour l'insuffisance cardiaque congestive; on peut alors doubler la dose d'entretien du client. Ajustez la dose selon la réponse. Vérifiez si la respiration s'améliore.

Nitrates à longue durée d'action pour réduire la charge de travail du cœur :

nitroglycérine topique (Nitro-Paste) (**médicament de classe B**), 1,25-2,5 cm toutes les 6-8 h, pourvu que la tension systolique soit supérieure à 100 mm Hg

Surveillance et suivi

- Signes vitaux, oxymétrie de pouls
- L'ABC : voies respiratoires, respiration, circulation
- Degré de conscience
- Bruits cardiaques et pulmonaires
- Apport liquidien et débit urinaire
- Réponse au traitement

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale d'urgence.

THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE

DÉFINITION

Formation d’un caillot de sang ou thrombus dans une veine ayant pour effet d’obstruer le retour veineux.

CAUSES

On n’en connaît pas les causes, mais une stase veineuse, une lésion de l’intima du vaisseau et un trouble de la coagulation jouent un rôle important dans ce processus.

Facteurs de risque

- Alitement prolongé, quelle qu’en soit la raison
- Paralysie
- Maladie maligne
- Accouchement
- Grossesse
- Prise de contraceptifs oraux
- Traumatisme de la jambe
- Intervention chirurgicale importante
- Infection consécutive à une chirurgie orthopédique
- Infarctus du myocarde
- Accident vasculaire cérébral
- Âge avancé (activité réduite)

SYMPTOMATOLOGIE

- Symptômes parfois discrets, variables ou vagues
- La thrombose se forme habituellement dans les veines de la jambe ou les veines profondes du bassin (poplitées, fémorales, iliaques).
- Présence d’au moins un facteur de risque (voir plus haut)
- Blessure récente de la jambe
- Possibilité de douleur légère à la jambe
- Sensation de serrement ou douleur sourde, rarement intense
- Malaise à la jambe plus intense à la marche
- Œdème à la partie inférieure de la jambe
- Fièvre

Les symptômes peuvent être absents ou minimes jusqu’à ce que le patient se plaigne d’essoufflement et d’autres troubles respiratoires dus à l’embolie pulmonaire. Le risque d’embolie pulmonaire est faible lorsque seules les veines du mollet sont touchées, mais il augmente à 40 % lorsque la thrombose atteint les veines de la cuisse.

OBSERVATIONS

- Signes physiques variables selon les dimensions et l’emplacement du caillot, ainsi que le degré d’obstruction de la veine
- Possibilité de fréquence cardiaque rapide
- Détresse minime ou modérée
- Difficulté à marcher
- Œdème minime ou prononcé à la partie inférieure de la jambe
- Possibilité de rougeur au mollet ou à la partie atteinte
- Possibilité de distension des veines superficielles de la jambe
- Sensibilité du mollet au toucher : légère ou modérée. La flexion de la cheville peut amplifier la douleur.
- Possibilité de chaleur locale
- Vérifiez si les pouls périphériques sont symétriques.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Foulure du muscle du mollet
- Traumatisme avec hématome
- Cellulite
- Rupture d’un kyste poplité

COMPLICATIONS

- Embolie pulmonaire
- Insuffisance veineuse chronique

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Détecter la thrombose le plus rapidement possible
- Prévenir les complications

Consultation

Consultez immédiatement un médecin si vous soupçonnez une thrombose veineuse profonde.

Interventions non pharmacologiques immédiates (symptômes aigus)

- Repos au lit
- Élévation de la jambe au-dessus du niveau du cœur
- Bas anti-embolie
- Surveillance étroite des signes vitaux

Interventions non pharmacologiques à long terme

Éducation du client

- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, effets secondaires).
- Recommandez le port de bas anti-embolie.
- Recommandez-lui de ne pas porter de vêtements serrés dans la région du genou (p. ex. bas à élastique, jarretelle).
- Veillez à ce que les clients alités soient repositionnés fréquemment (toutes les 2 h).
- Recommandez aux patients alités de faire des exercices actifs ou passifs de la jambe.

Interventions pharmacologiques

Le traitement par l'héparine (si possible) peut être instauré sur avis du médecin avant le transport du patient.

Surveillance et suivi

Symptômes immédiats

Observez le client pour détecter tout essoufflement ou tachycardie inexpliquée (signes d'embolie pulmonaire).

Suivi à long terme

- Suivi tous les 3 à 6 mois lorsque l'état est stable
- Revoyez les stratégies de prévention, le traitement médicamenteux et les effets secondaires.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez dès que possible à l'évacuation médicale du client qui présente des symptômes aigus.

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

DÉFINITION

Élévation persistante de la tension artérielle causée par une augmentation de la résistance des artères périphériques au passage du sang attribuable à la rétention d'eau ou de sel ou à un phénomène de pression endogène.

CAUSES

Les causes de l'hypertension essentielle, qui représente 90 % des cas d'hypertension, sont inconnues.

Facteurs de risque d'hypertension primaire (essentielle)

- Hérédité
- Obésité
- Apport élevé en sel
- Tabagisme
- Consommation élevée d'alcool
- Stress chronique
- Âge
- Hyperlipidémie

Facteurs de risque d'hypertension secondaire (10 % des cas)

- Néphropathie
- Polykystose rénale
- Maladie vasculaire rénale
- Prise d'œstrogènes
- Grossesse
- Hyperthyroïdie (syndrome de Cushing)
- Hyperaldostéronisme primaire
- Phéochromocytome
- Coarctation de l'aorte
- Prise de contraceptifs oraux
- Abus chronique d'alcool

SYMPTOMATOLOGIE

- Présence de l'un des facteurs de risque (voir plus haut)
- Client habituellement de plus de 35 ans
- Hypertension habituellement découverte à la prise de la tension artérielle lors d'un examen courant. Le Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique (1994) (nouvelle appellation : Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs) recommande le dépistage de l'hypertension chez tous les patients de 21 à 64 ans à toutes les consultations (recommandation de niveau B, c.-à-d. bonnes raisons de l'inclure dans l'examen médical périodique).
- Habituellement asymptomatique
- Céphalée au lever, s'atténuant graduellement pendant la journée (rare)
- Fatigue
- Accident ischémique transitoire
- Nausée ou vomissements
- Modification du degré de conscience
- Palpitations
- Angine de poitrine
- Symptômes d'insuffisance cardiaque
- Épistaxis

OBSERVATIONS

Tension diastolique

- Tension diastolique normale à élevée (85-89 mm Hg)
- Hypertension diastolique légère (90-99 mm Hg)
- Hypertension diastolique modérée (100-109 mm Hg)
- Hypertension diastolique grave (110-119 mm Hg)
- Hypertension très grave (≥ 120 mm Hg)

Tension systolique

- Tension systolique normale (inférieure à 140 mm Hg)
- Hypertension systolique légère (140-159 mm Hg), si la tension diastolique est normale
- Hypertension systolique modérée (160-179 mm Hg)
- Hypertension systolique grave (180-209 mm Hg)
- Hypertension très grave (≥ 210 mm Hg)
- Hypertension systolique isolée (≥ 160 mm Hg), si la tension diastolique est normale

Autres observations

- Possibilité de modifications rétiniennes à l'examen du fond d'œil
- Deuxième bruit aortique accru
- Cœur hypertrophié (hypertrophie ventriculaire gauche)
- Souffles (carotidien, aortique abdominal, rénal et fémoral)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Hypertension essentielle
- Hypertension secondaire

Indices habituels de l'hypertension secondaire

- Gravité de l'hypertension : une hypertension grave est habituellement secondaire à une cause sous-jacente précise.
- Rapidité de l'installation : si l'hypertension apparaît rapidement, elle doit être considérée comme secondaire jusqu'à preuve du contraire.
- Âge de survenue : une installation rapide chez les patients de moins de 25 ans ou de plus de 55 ans évoque l'hypertension secondaire.
- Femme : la présence d'hypertension chez une jeune femme, accompagnée d'un bruit abdominal, évoque la sténose des artères rénales.

COMPLICATIONS

- Insuffisance cardiaque congestive
- Angine de poitrine
- Accident vasculaire cérébral ou accident ischémique transitoire
- Crise d'hypertension
- Néphropathie
- Rétinopathie
- Maladie périphérique
- Complications d'un traitement médicamenteux (p. ex. les diurétiques thiazidiques accroissent le risque de goutte)
- Mauvaise réponse au traitement

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Analyse d'urine (analyse courante et recherche d'une microalbuminurie chez les diabétiques)
- Formule sanguine
- Dosage du glucose, du cholestérol et des triglycérides (à jeun)
- Dosage de la créatinine et des électrolytes
- ECG de référence et radiographie pulmonaire (si possible) chez les personnes de plus de 50 ans

TRAITEMENT

Objectifs

– Réduire la morbidité et la mortalité associées à l'hypertension artérielle
– Maîtriser les symptômes au moyen d'un traitement médicamenteux efficace et bien toléré

Consultation

Consultez le médecin si un traitement par des antihypertenseurs s'impose.

Interventions non pharmacologiques

En premier lieu dans les cas d'hypertension légère ou modérée, modification des habitudes de vie.

Éducation du client

– Assurez-vous que le client comprend la maladie et le pronostic.
– Encouragez le client à perdre du poids si nécessaire.
– Recommandez-lui de modifier son alimentation (p. ex. réduire sa consommation de sel à moins de 150 mmol/jour, manger moins d'aliments riches en cholestérol et prendre moins de stimulants et de caféine).
– Conseillez-lui de cesser de fumer.
– Conseillez-lui de réduire sa consommation d'alcool.
– Conseillez-lui de pratiquer régulièrement des activités physiques, surtout s'il est sédentaire.
– Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, effets secondaires et importance d'observer le traitement).
– Dites-lui de revenir à la clinique s'il remarque des symptômes inhabituels ou si son état de santé se détériore.

Interventions pharmacologiques dans les cas d'hypertension modérée ou grave

Il faut instaurer un traitement par des antihypertenseurs. Le médecin choisira le traitement approprié d'après l'âge et l'état de santé du patient.

Voici une démarche thérapeutique habituelle dans les cas d'hypertension.

1re étape : Monothérapie

diurétiques thiazidiques (p. ex. hydrochlorothiazide [Hydrodiuril]) ou bêtabloquants (p. ex. aténolol [Tenormin])

Selon les résultats de vastes études contrôlées portant sur le traitement de l'hypertension bénigne, il est clair que chez au moins 50 % des patients, la tension artérielle peut être normalisée au moyen d'un diurétique thiazidique. Les bêtabloquants peuvent être utilisés en monothérapie ou en association avec d'autres médicaments s'ils ne suffisent pas.

2e étape : Monothérapie avec l'un des médicaments suivants

inhibiteur de l'ECA (p. ex. captopril, énalapril)

α-bloquant (p. ex. térazosine [Hytrin], prazosine)

inhibiteur calcique (p. ex. diltiazem [Cardizem], amlodipine [Norvasc], nifédipine [Adalat])

médicament SNA (p. ex. réserpine, clonidine)

antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (p. ex. losartan)

3e étape : Si la tension n'est toujours pas normalisée, il est possible d'associer un médicament de l'étape 2 à un diurétique à faible dose. Dans les cas d'hypertension modérée ou grave, il faut souvent prescrire trois ou quatre médicaments pour obtenir un résultat satisfaisant.

Bêtabloquants

Les bêtabloquants sont les médicaments de premier choix pour abaisser la tension artérielle chez les patients souffrant d'angine de poitrine. Malgré l'absence de preuves, il semble également raisonnable de prescrire un bêtabloquant en première intention lorsque ce médicament peut traiter d'autres affections concomitantes (p. ex. migraines fréquentes, hyperactivité sympathique, tachycardie ou palpitations au repos).

Les bêtabloquants ne doivent pas être prescrits à des clients souffrant d'asthme ou d'autres maladies respiratoires obstructives.

Inhibiteurs de l'ECA

Il est démontré que les inhibiteurs de l'ECA prolongent la survie des patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive. Par conséquent, ces agents sont le médicament de première intention chez les patients présentant une hypertension et une insuffisance cardiaque congestive. On ne sait toutefois pas encore si les inhibiteurs de l'ECA exercent un effet protecteur spécifique sur les reins dans les cas de néphropathie diabétique.

Selon les résultats d'une étude récente, les inhibiteurs de l'ECA *accroîtraient le risque d'hypoglycémie chez les diabétiques qui suivent un traitement*. Il n'existe pas de différence thérapeutique établie entre les inhibiteurs de l'ECA; le choix du médicament repose sur la commodité et le coût.

Inhibiteurs calciques

On ne dispose d'aucune étude sur les résultats cliniques qui permettrait de déterminer un groupe spécifique de patients hypertendus qui pourraient bénéficier d'un traitement par un inhibiteur calcique. Selon les résultats d'une étude récente non publiée mais fort publicisée, les patients prenant un inhibiteur calcique contre l'hypertension présenteraient *un risque d'infarctus du myocarde significativement plus élevé* que les patients recevant un diurétique ou un bêtabloquant.

Surveillance et suivi

Revoyez le client trois ou quatre fois par année si l'hypertension est bien maîtrisée, plus souvent si son état l'exige.

Évaluation systématique dans le suivi de cas d'hypertension

Interrogez le client au sujet des éléments suivants :

– Céphalées
– Étourdissements
– Angine de poitrine
– Insuffisance cardiaque congestive
– Accident ischémique transitoire
– Accident vasculaire cérébral
– Nausée et vomissement
– Troubles de la vue
– Adhésion au traitement
– Effets secondaires des médicaments

L'examen physique doit porter sur les points suivants :

– Tension artérielle (en position couchée et debout)
– Examen du fond de l'œil (pupille dilatée)
– Examen du cou (souffles carotidiens, pression veineuse jugulaire [insuffisance cardiaque congestive])
– Examen cardiovasculaire
– Examen pulmonaire
– ECG (tous les ans)
– Radiographie pulmonaire (tous les ans) s'il y a cardiomégalie
– Examen ophtalmologique (s'il y a des changements à l'examen du fond de l'œil)
– Dosage des paramètres sanguins tous les 3-6 mois : formule sanguine, dosage du glucose, de la créatinine, des électrolytes et de l'acide urique (si le client prend des diurétiques thiazidiques)
– Analyse d'urine (recherche de protéines)

Orientation vers d'autres ressources médicales

Prévoyez un examen de contrôle par un médecin au moins tous les ans si l'hypertension est stable et dès que possible si elle n'est pas maîtrisée.

Le client hypertendu doit consulter un médecin s'il se trouve dans l'une des situations suivantes :

– Mauvaise réponse au traitement
– Lésion des organes cibles provoquée par une tension artérielle non maîtrisée
– Symptômes et signes de complications

ARYTHMIES

DÉFINITION

Anomalie du rythme cardiaque. Voici les principaux types d'arythmie :

Bradycardie

Fréquence cardiaque inférieure à 60 puls/min; l'influx provient du nœud sino-auriculaire (SA).

Tachycardie

Fréquence cardiaque supérieure à 100-160 puls/min; l'influx provient du nœud SA.

Tachydysrythmies supraventriculaires

Fréquence cardiaque supérieure à 100 puls/min; l'influx provient d'une région située en amont des ventricules. Il en existe deux principaux types :

– *Tachycardie par réentrée du nœud auriculo-ventriculaire (AV)* : réentrée intranodale par des voies de conduction rapide et lente au sein de la jonction AV.
– *Tachycardie réciproque orthodromique :* tachycardie impliquant les voies accessoires associées à la pré-excitation.

Fibrillation auriculaire

Activité électrique désordonnée provoquée par une salve de décharges provenant de nombreux foyers ectopiques des oreillettes. Il est alors difficile de mesurer la fréquence auriculaire. Il existe trois types de fibrillation auriculaire :

– *Fibrillation auriculaire paroxystique* : se manifeste chez les personnes qui présentent habituellement un rythme sinusal normal.
– *Fibrillation auriculaire chronique :* se manifeste chez les personnes qui présentent une fibrillation permanente plutôt que de brefs épisodes symptomatiques
– *Contractions ventriculaires précoces :* influx qui proviennent des fibres des Purkinje.

FACTEURS PRÉDISPOSANTS

– Bradycardie
– Tonus vagal accru
– Transmission sympathique réduite
– Ischémie au nœud sino-auriculaire
– Prise de médicaments : digoxine, propranolol, sédatifs, nicotine, agents sympathomimétiques
– Consommation de caféine
– Consommation d'alcool
– Entraînement athlétique (variante normale chez l'athlète)
– Traumatisme ou autre agression (réponse normale de l'organisme)
– Hypertrophie auriculaire
– Infarctus du myocarde
– Insuffisance cardiaque congestive
– Rhumatisme cardiaque
– Cardiopathie hypertensive
– Hypothermie
– Déséquilibre électrolytique
– Acidose
– Infection

Tachycardie

– Tonus vagal réduit
– Tonus sympathique accru
– Infarctus du myocarde

Tachycardie supraventriculaire

– Réaction toxique à la digoxine
– Catécholamines

Fibrillation auriculaire

– Ischémie myocardique
– Thyrotoxicose

Contractions ventriculaires précoces

– Stress

SYMPTOMATOLOGIE

– Les symptômes ne sont pas nécessairement présents, mais le client peut constater une irrégularité de son rythme cardiaque.
– Palpitations
– Malaise thoracique
– Essoufflement
– Étourdissement
– Transpiration profuse
– Faiblesse
– Syncope
– Nausée

OBSERVATIONS

- Modification du rythme à l'ECG
- *Bradycardie sinusale* : ralentissement du rythme cardiaque, ECG normal
- *Tachycardie sinusale* : pouls régulier, tension systolique constante
- *Fibrillation auriculaire* : pouls irrégulier, tension systolique variable
- *Tachycardie par réentrée du nœud AV* : pouls régulier, bloc auriculo-ventriculaire fréquent, tension systolique constante, alternance électrique rare
- *Tachycardie réciproque orthodromique* : pouls régulier, pas de bloc auriculo-ventriculaire, tension systolique constante, alternance électrique fréquente (surtout lorsque la fréquence cardiaque est élevée)
- *Contractions ventriculaires précoces (CVP)* : amplitude du pouls réduite ou absente pendant la CVP

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Tachycardie auriculaire multifocale
- Tachycardie sinusale accompagnée de multiples contractions auriculaires précoces
- Flutter auriculaire
- Tachycardie ventriculaire
- Bloc auriculo-ventriculaire

COMPLICATIONS

- Insuffisance cardiaque
- Infarctus du myocarde
- Accident vasculaire cérébral
- Thrombo-embolie
- Syndrome de Wolff-Parkinson-White

TESTS DIAGNOSTIQUES

- ECG et surveillance par la méthode de Holter pendant 24 heures
- Dosage de l'hormone thyréotrope (TSH)
- Formule sanguine
- Détermination du rapport international normalisé (INR) et du temps de céphaline

TRAITEMENT

Objectifs

- Restaurer le rythme sinusal
- Soulager les symptômes
- Prévenir les récurrences
- Prévenir les complications (p. ex. insuffisance cardiaque congestive, infarctus du myocarde, arythmie potentiellement fatale)

Consultation

Consultez le médecin si l'ECG du client est anormal, s'il y a fibrillation auriculaire rebelle ou si vous soupçonnez le syndrome de Wolff-Parkinson-White ou la maladie sinusale.

Interventions non pharmacologiques

Décelez et traitez tout facteur ayant contribué à l'arythmie.

Éducation du client

- Enseignez au client des techniques de relaxation.
- Dites au client et à ses proches comment reconnaître les signes de troubles hémodynamiques, incluant fréquence cardiaque élevée, gain de poids inexpliqué, aggravation de la dyspnée à l'effort, réduction de la tolérance à l'exercice.
- Informez le client au sujet du traitement médicamenteux à long terme et de ses effets secondaires.

Interventions pharmacologiques

Le traitement initial doit être prescrit par un médecin.

La sélection des modalités de traitement doit reposer sur la physiopathologie sous-jacente.

Dans les cas de réentrée, les agents les plus efficaces sont ceux qui bloquent le circuit de réentrée :

digoxine (Lanoxin)

bêtabloquants, tels que nadolol (Corgard) ou aténolol (Tenormin)

inhibiteurs calciques, tels que vérapamil (Calan)

diltiazem (Cardizem)

Pour les épisodes dus à une augmentation de l'automatisme :

quinidine (Quinaglute)

procaïnamide (Procan SR)

disopyramide (Norpace CR)

La fibrillation auriculaire chronique peut aussi être traitée au moyen d'anticoagulants comme la warfarine (Coumadin).

Le traitement est instauré dès que possible lorsqu'il y a des antécédents de cardiopathie.

Surveillance et suivi

- Clients qui prennent des anti-arythmiques : dosage des enzymes hépatiques pendant les 4-8 premières semaines du traitement
- Clients qui présentent des facteurs de risque à l'égard de complications cardiaques dues au traitement : ECG pendant les premières semaines du traitement, puis tous les 3-6 mois par la suite
- Clients qui prennent de la digoxine : surveillance étroite des effets toxiques éventuels
- Détermination de l'INR à intervalles réguliers pour surveiller la réponse à la warfarine

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale des clients dont les paramètres hémodynamiques sont instables.

FIBRILLATION AURICULAIRE

DÉFINITION

La fibrillation auriculaire est une arythmie dans laquelle le rythme sinusal est remplacé par une activité électrique désordonnée.

MALADIES ASSOCIÉES

- Cardiopathie hypertensive
- Cardiopathie valvulaire ou rhumatismale
- Coronaropathie
- Infarctus du myocarde
- Embolie pulmonaire
- Cardiomyopathie
- Insuffisance cardiaque congestive
- Cardiopathie infiltrante
- Péricardite

SYMPTOMATOLOGIE

- Palpitations
- Vertiges, faible tolérance à l'effort
- Fatigue
- Dyspnée
- Angine de poitrine
- Syncope ou quasi-syncope
- Accident vasculaire cérébral
- Embolisation artérielle

OBSERVATIONS

Effectuez un examen cardiovasculaire et pulmonaire complet. Examinez également les yeux pour déterminer s'il y a asynergie oculopalpébrale (signe d'hyperthyroïdie) et le cou pour vérifier s'il y a hypertrophie de la thyroïde (goitre) et hausse de la pression veineuse jugulaire.

- Pouls irrégulier
- Tachycardie
- Possibilité d'insuffisance cardiaque
- Hypotension
- ECG: fréquence auriculaire élevée et irrégulière, absence d'onde P

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Tachycardie auriculaire multifocale
- Tachycardie sinusale avec fréquentes contractions auriculaires précoces
- Flutter auriculaire

COMPLICATIONS

- Accident vasculaire embolique
- Embolisation des artères périphériques
- Complications du traitement pharmacologique, y compris bradycardies
- Risque d'hémorragie inhérent à la prise d'anticoagulants

TESTS DIAGNOSTIQUES

Patient asymptomatique :

- ECG
- Dosage de la TSH
- Détermination de l'INR et du temps de céphaline
- Radiographie pulmonaire si vous soupçonnez une cardiomégalie

TRAITEMENT

Objectifs

- Détecter et traiter tous les facteurs prédisposants (*voir la section « Maladies associées » plus haut*)
- Atténuer les symptômes
- Prévenir les complications

Consultation

Consultez le médecin dès que possible si le client présente des symptômes.

Interventions non pharmacologiques

Éducation du client

- Assurez-vous que le client comprend la maladie et le pronostic.
- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments, ainsi que leurs effets secondaires.
- Indiquez-lui les signes et symptômes de complications qui exigent une consultation immédiate : pouls rapide, palpitations, œdème, essoufflement à l'effort, douleur thoracique.
- Recommandez-lui d'éviter l'alcool et la caféine.
- Recommandez-lui de cesser de fumer.
- Conseillez-lui de dormir suffisamment.

Interventions pharmacologiques

- Le traitement médicamenteux vise à corriger l'arythmie auriculaire, à ralentir la fréquence ventriculaire et à retarder la coagulation. Voici quelques anti-arythmiques : quinidine, procaïnamide et disopyramide. Les bêtabloquants, comme l'amiodarone et les inhibiteurs calciques, comme le diltiazem et le vérapamil, servent à normaliser la fréquence ventriculaire.
- Le traitement anticoagulant à long terme, notamment par la warfarine (Coumadin), est recommandé pour prévenir les accidents vasculaires cérébraux et d'autres complications dues aux embolies.

Surveillance et suivi

- Les clients qui présentent une fibrillation auriculaire stable doivent faire l'objet d'un suivi régulier comprenant l'évaluation des signes et symptômes de récurrence, des complications, de l'adhésion au traitement et des effets secondaires des médicaments
- ECG tous les 3-6 mois
- Chez les clients qui prennent des anticoagulants, l'INR doit être déterminé à intervalles réguliers.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale des clients dont les paramètres hémodynamiques sont instables. La cardioversion électrique s'imposera à l'hôpital dans certains cas qui présentent des symptômes graves.

Dès que possible, orientez les clients qui présentent des symptômes stables vers le médecin pour un examen complet et l'instauration d'un traitement.

PÉRICARDITE AIGUË

DÉFINITION

Processus inflammatoire accompagné ou non d'épanchement et attribuable à une grande variété de causes. Le plus souvent, il s'agit d'une péricardite idiopathique ou non spécifique.

CAUSES

- Idiopathie (cause inconnue)
- Infection virale (p.ex. virus Coxsackie, virus ECHO, adénovirus, virus Epstein-Barr, oreillons)
- Infection bactérienne : *Hemophilus influenzae* (surtout chez l'enfant), méningocoques, pneumocoques, *Salmonella*, *staphylocoques*
- Mycose : *Aspergillus*, *Candida*, *Histoplasmosis*, *Nocardia*
- Mycose bactérienne : *Mycobacterium tuberculosis*
- Parasites : protozoaires
- Néoplasme : sein, poumon, lymphome
- Médicaments : procaïnamide, hydralazine, phénytoïne et autres
- Atteinte des tissus conjonctifs : lupus érythémateux disséminé, ployarthrite rhumatoïde, sclérodermie, rhumatisme articulaire aigu
- Radiothérapie
- Syndrome postinfarctus du myocarde (syndrome de Dressler)
- Traumatisme thoracique
- Urémie
- Myxœdème
- Dissection de l'aorte
- Sarcoïdose
- Pancréatite
- Affection intestinale inflammatoire
- Sida

SYMPTOMATOLOGIE

- Douleur thoracique habituellement aiguë et rétrosternale, irradiant jusqu'à la lisière des muscles trapèzes
- Douleur d'installation souvent soudaine
- Douleur soulagée lorsque la personne se penche vers l'avant ou s'asseoit
- Respiration entrecoupée
- Douleur à la déglutition
- Fièvre
- Myalgie
- Anorexie

OBSERVATIONS

- Élévation possible de la température (fébricule)
- Respiration rapide et superficielle
- Anxiété
- Détresse légère
- Bouffées vasomotrices
- Respiration entrecoupée
- Essoufflement (seulement dans les cas de tamponnade péricardique ou de péricardite constrictive)
- Frottement péricardique
- Possibilité de craquements localisés dans les poumons

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Infarctus du myocarde
- Pneumonie avec pleurésie
- Embolie pulmonaire
- Dissection de l'aorte
- Pneumothorax
- Emphysème médiastinal
- Cholécystite
- Pancréatite

COMPLICATIONS

- Tamponnade péricardique
- Récurrence de péricardite
- Épanchement non compressif
- Péricardite constrictive chronique

TESTS DIAGNOSTIQUES

- ECG
- Radiographie pulmonaire (si possible) pour éliminer les complications telles que l'épanchement pleural ou l'hypertrophie du cœur

TRAITEMENT

Objectifs

- Prévenir les complications
- Identifier les causes sous-jacentes traitables

Consultation

Consultez le médecin si vous soupçonnez ce diagnostic.

Le client par ailleurs en bonne santé sera traité en clinique externe.

Interventions non pharmacologiques

Éducation du client

- Assurez-vous que le client comprend la maladie et le pronostic.
- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments et leurs effets secondaires possibles.
- Recommandez-lui d'éviter tout travail physique exigeant.
- Indiquez au client les signes et symptômes des complications, et dites-lui de vous les signaler.
- Soulignez l'importance du suivi.

Interventions pharmacologiques

Anti-inflammatoires pendant au moins deux semaines :

AAS (aspirine) (**médicament de classe A**), 650 mg toutes les 4 heures

ou

ibuprofène (Motrin) (**médicament de classe A**), 200 mg, 2-3 comprimés toutes les 6 heures

Dans certains cas, la péricardite devient réfractaire et peut nécessiter la prise de corticostéroïdes ou une péricardectomie.

Surveillance et suivi

- Suivi après 2 ou 3 jours, pour s'assurer qu'aucune complication ne se manifeste, puis deux semaines plus tard.
- ECG et radiographie pulmonaire à envisager environ 4 semaines après la première visite.
- Dans la plupart des cas, le client est complètement rétabli après deux semaines de traitement.
- Chez 15 % des clients, il y aura au moins une récidive dans les premiers mois.

MALADIE ARTÉRIELLE PÉRIPHÉRIQUE

DÉFINITION

Réduction permanente de l'apport sanguin vers une seule jambe ou les deux, due à un rétrécissement athéroscléreux de l'aorte et des grosses artères irriguant les membres inférieurs, qui entraîne l'ischémie des muscles des jambes.

CAUSES

- Athérosclérose, lésions congénitales, traumatisme
- Souvent associée au diabète sucré
- Facteurs prédisposants : tabagisme, hypertension, hyperlipidémie, diabète, obésité, hérédité.

SYMPTOMATOLOGIE

- Signal d'avertissement indiquant que l'apport en oxygène dans la jambe est insuffisant
- Symptômes d'abord intermittents, réversibles (claudication intermittente)
- Douleur, endolorissement, crampe au mollet, au cou-de-pied, à la fesse, à la hanche ou à la cuisse (rarement au bras)
- Douleur déclenchée par l'exercice
- Malaise rapidement et toujours soulagé par le repos (2-5 minutes)
- Distance que le client peut parcourir avant de claudiquer (en prendre note)
- À mesure que la maladie évolue, les symptômes surviennent plus facilement et durent plus longtemps.
- Quand la maladie est avancée, la douleur au pied se manifeste la nuit.
- Cette douleur nocturne est soulagée lorsque le client place sa jambe en déclivité ou se tient debout sur un plancher froid.
- Lorsque la maladie est grave, la région touchée devient ischémique en permanence, et la douleur est présente même au repos.
- Possibilité d'impuissance
- Possibilité d'atteinte vasculaire d'autres organes cibles (angine, accident ischémique transitoire ou accident vasculaire cérébral antérieur)

OBSERVATIONS

- Élévation possible de la tension artérielle chez le client hypertendu
- Possibilité de modification ischémique de la peau du pied et de la partie distale du membre (peau mince et fragile; chute des poils sur la partie distale du membre; peau luisante et atrophiée; atrophie des muscles de la jambe)
- Ulcères artériels sur les orteils ou les pieds
- Possibilité d'hypertrophie des ongles d'orteil
- Rougeur du pied en déclivité, blancheur en élévation
- Ralentissement du temps de remplissage capillaire (> 2 secondes)
- Pouls périphériques diminués ou absents
- Masse abdominale pulsatile (anévrisme de l'aorte)
- Possibilité de souffles artériels (aorte abdominale, iliaque, fémoral, poplité)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Occlusion artérielle aiguë
- Maladie de Raynaud
- Phénomène de Raynaud
- Stase veineuse
- Sclérodermie

COMPLICATIONS

- Ulcère ischémique
- Infection d'ulcère ischémique
- Pert de la partie distale du membre ischémié
- Occlusion artérielle aiguë

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Formule sanguine
- Dosage des électrolytes et de la créatinine
- Glycémie, cholestérolémie et triglycéridémie à jeun
- ECG (s'il n'y en a pas de récent)

TRAITEMENT

Objectifs

- Ralentir l'évolution de la maladie
- Identifier, éliminer et traiter les facteurs de risque
- Favoriser la formation d'une circulation collatérale
- Prévenir les complications

Consultation

Consultez immédiatement le médecin en présence de l'un des facteurs suivants : angine, ulcère ischémique, douleur au repos, douleur nocturne, accident ischémique transitoire récent, masse abdominale pulsatile.

Interventions non pharmacologiques

Éducation du client

- Recommandez fortement au client de cesser de fumer (le cas échéant).
- Conseillez-lui de perdre du poids (si nécessaire).
- Recommandez-lui de faire de l'exercice tous les jours pour améliorer sa forme physique et accroître la tolérance des muscles des jambes à l'effort, ce qui aidera aussi à favoriser la circulation collatérale (la marche reste le meilleur exercice).
- Conseillez-lui de surélever la tête de son lit p. ex. au moyen de blocs de bois de 5 à 8 cm (2 à 3 pouces).
- Conseillez-lui de garder ses pieds et ses jambes au frais lorsqu'il dort.
- Pour réduire l'irritation de la peau, le client devrait placer une peau de mouton ou un matelas à pression alternative des coussins bulles sur son lit.
- Enseignez-lui les principes d'hygiène du pied : éviter de couper les ongles trop court, éviter de porter des chaussures serrées, garder les pieds au sec et bien protégés (même dans la maison, ne jamais déambuler nu-pieds ou en pantoufles)
- Dans le cas des clients diabétiques, enseignez les soins du pied à un membre de la famille, si possible, pour que cette personne puisse accomplir les tâches nécessaires; également, le client peut assister tous les mois à des séances de soins des ongles et des pieds.

Surveillance et suivi

- Décelez tout nouveau symptôme ou changement des symptômes.
- Évaluez dans quelle mesure le diabète est maîtrisé et encouragez l'adhésion au traitement et du régime alimentaire.
- Recommandez au client de se présenter à la clinique s'il se blesse le pied, même s'il s'agit d'une simple éraflure.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client au médecin dès que possible pour qu'il détermine si une intervention chirurgicale est indiquée (douleur intolérable chez un client à faible risque, douleur au repos, ulcère, gangrène imminente). Une consultation auprès d'un chirurgien vasculaire peut s'imposer.

INSUFFISANCE VEINEUSE (CHRONIQUE)

DÉFINITION

Atteinte du système veineux qui empêche le retour normal du sang des jambes vers le cœur.

CAUSES

Incompétence des valves dans les veines des jambes

Facteurs de risque

- Prédisposition familiale
- Station debout prolongée
- Grossesse
- Obésité
- Vêtements serrés portés trop longtemps

SYMPTOMATOLOGIE

- Douleur sourde, sensation de lourdeur ou fatigue dans les jambes, survenant souvent en fin de journée et soulagée par l'élévation de la jambe
- Léger œdème à la fin de la journée
- Crampes dans les jambes, la nuit
- Possibilité de démangeaisons (en raison d'une dermite de stase)
- Dermite de stase, coloration brun rouge

OBSERVATIONS

- Veines variqueuses dilatées, tortueuses et allongées dans le pied, la partie inférieure de la jambe, la partie interne de la cuisse ou derrière le genou
- Varices plus visibles lorsque la personne est debout
- Possibilité de modifications de la peau (érythème, pigmentation brunâtre, desquamation, ulcérations)
- Possibilité d'ulcères veineux à l'intérieur de la partie inférieure de la jambe juste au-dessus de la malléole interne ou sur la partie interne de la cheville
- Possibilité d'œdème du pied et de la cheville
- Veines dilatées facilement palpables lorsque la personne est debout

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Maladie artérielle occlusive chronique avec ulcères artériels
- Problèmes orthopédiques

COMPLICATIONS

- Dermite de stase
- Cellulite
- Ulcère de stase
- Thrombophlébite
- Thrombose veineuse profonde (s'il y a atteinte des veines profondes)

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Faciliter le retour veineux
- Prévenir les complications

Interventions non pharmacologiques

Éducation du client

- Enseignez au client les règles d'hygiène de la peau et le soin des lésions.
- Conseillez-lui de porter des bas ou des collants de soutien.
- Recommandez-lui d'élever la jambe au-dessus du niveau de la hanche lorsqu'il est assis.
- Recommandez-lui d'éviter d'être debout pendant longtemps (en position assise, il doit autant que possible surélever les jambes et éviter de les croiser).
- Conseillez-lui d'éviter de porter des vêtements serrés autour des genoux (p. ex. bas au genou, jarretelles).
- Recommandez-lui de perdre du poids (si nécessaire).
- Recommandez-lui de cesser de fumer, le cas échéant.
- Dites-lui de revenir à la clinique s'il aperçoit une lésion ou une irritation cutanée ou si une veine devient sensible au toucher.
- Dites-lui de faire des exercices pour les jambes en position couchée quatre fois par jour pour éviter la thrombose veineuse profonde.

Surveillance et suivi

Prévoyez un suivi un mois après la visite initiale pour voir si le client suit vos recommandations et pour évaluer l'efficacité des interventions.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le patient au médecin si son état ne s'améliore pas avec le traitement conservateur ou s'il y a des complications.

ANÉVRISME DE L'AORTE (MASSE ABDOMINALE PULSATILE)

DÉFINITION

Une masse abdominale pulsatile est considérée comme un anévrisme de l'aorte abdominale jusqu'à preuve du contraire. L'anévrisme peut être asymptomatique et être découvert par hasard.

SYMPTOMATOLOGIE

S'il y a fuite de l'anévrisme :

- Douleur soudaine au milieu de l'abdomen ou dans le dos (ou les deux)
- Faiblesse et lipothymie soudaines

OBSERVATIONS

- Pouls rapide et faible
- Tension artérielle normale-faible à faible
- Possibilité de chute de la tension artérielle après un changement de position
- Masse pulsatile au milieu ou dans la partie supérieure de l'abdomen

S'il y a rupture de l'anévrisme :

- Choc hypovolémique
- Dans les cas les plus graves, le client peut avoir perdu connaissance.
- Pouls faible ou absent
- Tension artérielle faible ou impossible à mesurer
- Une masse pulsatile à l'abdomen ou au flanc peut être palpable.
- Possibilité d'ecchymoses sous-cutanées
- Décès, dans bien des cas

TRAITEMENT DU CLIENT ASYMPTOMATIQUE

Objectifs

- Détecter et surveiller l'anévrisme abdominal asymptomatique

Consultation

Consultez le médecin dès que vous soupçonnez ou détectez la présence d'un anévrisme aortique asymptomatique.

Surveillance et suivi

- Suivi annuel par le médecin
- Échographie abdominale tous les ans pour mesurer la taille de l'anévrisme

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un médecin, qui l'orientera généralement vers un chirurgien vasculaire (selon l'importance de l'anévrisme).

TRAITEMENT DU CLIENT SYMPTOMATIQUE

Objectifs

- Remplacer le sang perdu

Consultation

Consultez immédiatement le médecin.

Traitement adjuvant

- Administrez de l'oxygène au masque à raison de 6-10 l/min pour maintenir la saturation en oxygène à 97-98 %.
- Amorcez un traitement IV (calibre 14 ou 16) avec du soluté physiologique (ou du soluté lactate de Ringer).
- Insérez l'aiguille dans la plus grosse veine possible.
- Installez une seconde voie d'accès IV pour remplacer rapidement les liquides si le client est en état de choc (*voir la section « État de choc » au chapitre 14 « Urgences générales et traumatismes majeurs »*).

Interventions non pharmacologiques

- Repos au lit
- Aucune ingestion de solides ou de liquides par la bouche
- Insertion d'un tube nasogastrique (car l'iléus paralytique est fréquent)
- Insertion d'une sonde urinaire (facultative sauf si le transfert est retardé)

Surveillance et suivi

- Surveillez étroitement l'ABC et les signes vitaux, y compris la saturation en oxygène.
- Cible : fréquence cardiaque inférieure à 100 puls/min et TA systolique supérieure à 100 mm Hg
- Surveillez le débit urinaire.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale d'urgence.

URGENCES CARDIOVASCULAIRES

INFARCTUS DU MYOCARDE

DÉFINITION

Interruption de l'afflux sanguin au cœur provoquant une lésion ischémique et la nécrose d'une partie du myocarde. Dans 15 % à 25 % des cas, l'infarctus est asymptomatique ou ne se présente pas d'une manière typique.

CAUSES

- Athérosclérose des artères coronaires, spasme des artères coronaires

Facteurs de risque

- Tabagisme
- Antécédents familiaux de cardiopathie
- Hypertension
- Dyslipidémie
- Obésité
- Diabète sucré
- Sédentarité

SYMPTOMATOLOGIE

- Douleur rétrosternale aiguë (lourdeur, endolorissement, serrement)
- La douleur peut irradier dans le bras gauche, le cou, les doigts, les épaules, l'épigastre, la partie droite du thorax, le quadrant supérieur droit, le bras droit ou le haut du dos.
- La douleur se manifeste habituellement au repos, s'installe graduellement ou subitement et peut être déclenchée par le stress.
- La nitroglycérine n'apporte aucun soulagement.
- La douleur dure plus de 30 minutes.
- Essoufflement
- Nausée et vomissements
- Sudation profuse
- Faiblesse
- Perte de connaissance possible

OBSERVATIONS

- Respiration rapide et superficielle
- Pouls variable (rapide ou lent, régulier ou irrégulier, plein, filiforme)
- Tension artérielle élevée, faible ou normale
- La saturation en oxygène peut être anormale si le client est en état de choc ou s'il souffre d'insuffisance cardiaque congestive.
- Détresse aiguë
- Pâleur
- Sudation profuse
- Cyanose centrale, périphérique ou les deux
- Le client peut être inconscient.
- La peau peut être moite et froide.
- Les poumons sont habituellement libres; des craquements peuvent être entendus s'il y a début d'insuffisance cardiaque congestive.
- B_1, B_2 normaux; B_3 et/ou B_4, souffles, possibilité de frottement péricardique en présence de complications

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Ulcère gastroduodénal
- Spasme œsophagien ou œsophagite
- Atteinte de la vésicule biliaire
- Embolie pulmonaire importante
- Indigestion
- Pancréatite
- Crise d'anxiété aiguë
- Péricardite aiguë
- Dissection de l'aorte
- Pneumothorax spontané

COMPLICATIONS

- Arythmies et troubles de la conduction
- Hypotension
- Insuffisance cardiaque congestive
- Péricardite
- Thrombo-embolie
- Choc cardiogénique
- Arrêt cardiaque
- Rupture du cœur
- Décès

TESTS DIAGNOSTIQUES

- ECG à 12 dérivations; comparez-le à un tracé antérieur, si possible.
- Repérez les changements entre l'ECG antérieur et le récent; examinez les ondes Q, l'élévation du segment ST et l'inversion de l'onde T (signes d'infarctus du myocarde).
- S'il y a dépression du segment ST et inversion de l'onde T, il s'agit d'un cas d'angine de poitrine.
- Si la douleur ne s'atténue pas, faites refaire l'ECG à 12 dérivations deux autres fois à 30 minutes d'intervalle et soyez à l'affût de tout changement.
- Un prélèvement de sang peut s'imposer pour le dosage initial des enzymes cardiaques (troponine) avant le transfert du client.

TRAITEMENT

Objectifs

- Augmenter l'oxygénation du myocarde
- Prévenir les complications
- Éviter que l'infarctus ne s'étende

Consultation

Consultez le médecin.

Traitement adjuvant

- Administrez de l'oxygène à raison de 6-10 l/min (ou plus, si nécessaire) pour maintenir la saturation en oxygène à 97-98 %.
- Amorcez un traitement IV à l'aide de soluté physiologique pour garder une veine ouverte.

Interventions non pharmacologiques

- Repos au lit, tête surélevée (sauf si le client est hypotendu)
- Offrez du soutien au client et rassurez-le pour réduire l'anxiété.

Interventions pharmacologiques

Nitrates :

nitroglycérine (**médicament de classe C**), comprimé SL à 0,3 mg immédiatement, mais seulement si la tension systolique est > 100 mm Hg

Observez la réponse au médicament et l'intensité de la douleur; si elle ne s'atténue pas, répétez le traitement :

nitroglycérine, comprimé SL à 0,3 mg deux fois de plus aux 3-5 minutes, mais uniquement si la tension systolique reste > 100 mm Hg

La nitroglycérine peut provoquer l'hypotension.

Puis, administrez :

de l'AAS non enrobé pour enfant (**médicament de classe A**), 2 comprimés à 80 mg immédiatement PO, sauf si l'AAS est contre-indiqué.

Si les nitrates ne soulagent pas la douleur, administrez un analgésique :

morphine (**médicament de classe D**), 2 à 5 mg IV ou 5-10 mg IM; répétez la dose uniquement à la demande du médecin.

Pour tout client souffrant d'un infarctus du myocarde, il faut envisager un traitement thrombolytique IV. Si la douleur est installée depuis 6 heures ou moins, le traitement thrombolytique est nettement avantageux.

Autres interventions pharmacologiques (prescrites par un médecin)

Pour réduire le travail du cœur :

nitroglycérine topique (Nitro-Paste) (**médicament de classe B**), 1,25-2,5 cm immédiatement, puis toutes les 4-6 heures, mais seulement si la tension systolique est > 100 mm Hg

Dans le cas des arythmies, en particulier les épisodes tenaces de tachycardie ventriculaire :

lidocaïne (Xylocaine) (**médicament de classe B**), 1 mg/kg jusqu'à concurrence de 100 mg en un seul bolus IV; réduisez la dose de 50 % chez les personnes de plus de 65 ans.

Lorsque vous administrez de la lidocaïne, soyez à l'affût de tout signe de désorientation, de confusion, de secousses musculaires et de convulsions.

Pour l'hypotension associée à la bradycardie (fréquence cardiaque < 60 puls/min) :

sulfate d'atropine (**médicament de classe B**), 0,4 mg IV toutes les 5 min jusqu'à ce que la fréquence cardiaque soit > 60 puls/min et que la tension systolique soit > 100 mm Hg (dose maximale de 2 mg)

Diurétiques IV (seulement en présence d'essoufflement et de craquements dans les poumons, c.-à-d. insuffisance cardiaque) :

furosémide (Lasix) (**médicament de classe D**), 40 mg en bolus IV

Surveillance et suivi

- Surveillez les signes vitaux (y compris oxymétrie de pouls).
- Répétez l'ECG (pour vérifier s'il y a arythmie).
- Auscultez fréquemment le cœur et les poumons pour détecter tout signe d'insuffisance cardiaque.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale d'urgence.

ŒDÈME PULMONAIRE

DÉFINITION

Accumulation de liquide dans les poumons qui nuit à la ventilation et à l'oxygénation.

CAUSES

Insuffisance cardiaque gauche aiguë, accompagnée ou non d'insuffisance cardiaque droite (*voir la section « Diagnostic différentiel » plus loin*)

SYMPTOMATOLOGIE

- Essoufflement marqué
- Orthopnée, dyspnée paroxystique nocturne (insuffisance ventriculaire gauche)
- Possibilité de rétention de liquides en périphérie et gain de poids (insuffisance cardiaque droite)
- Possibilité de toux productrice, de crachats roses spumeux

OBSERVATIONS

- Pouls rapide pouvant être filiforme ou faible
- Fréquence respiratoire élevée
- Tension artérielle normale, élevée ou faible
- Détresse respiratoire aiguë
- Sudation profuse
- Possibilité de cyanose centrale
- Cyanose périphérique, extrémités froides et marbrées
- Possibilité d'œdème des chevilles
- Élévation possible de la PVJ
- Reflux hépatojugulaire et hépatomégalie possibles
- Possibilité d'œdème prenant le godet en périphérie
- Craquements et sifflements dans la portion inférieure des champs pulmonaires
- Bruit de galop en B_3

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Insuffisance cardiaque congestive chronique
- Infarctus du myocarde
- Embolie pulmonaire aiguë
- Fibrillation auriculaire
- Cardiopathie valvulaire
- Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte

COMPLICATIONS

- Selon le processus morbide sous-jacent
- Angine de poitrine
- Hypotension, état de choc
- Insuffisance respiratoire

TESTS DIAGNOSTIQUES

- ECG : vérifiez s'il y a des signes d'ischémie ou d'infarctus du myocarde.

TRAITEMENT

Objectifs

- Améliorer l'oxygénation
- Favoriser la diurèse des liquides accumulés
- Réduire le retour veineux au cœur
- Traiter tous les facteurs déclenchants (p. ex. ischémie cardiaque, hypertension, arythmie)

Consultation

Consultez immédiatement un médecin.

Traitement adjuvant

- Administrez de l'oxygène à raison de 6-10 l/min pour maintenir la saturation en oxygène à 97-98 %.
- Amorcez un traitement IV à l'aide de soluté physiologique pour garder une veine ouverte.

Interventions non pharmacologiques

- Repos au lit, tête surélevée
- Mise en place d'une sonde urinaire à demeure

Interventions pharmacologiques

Diurétiques IV :

furosémide (Lasix) (**médicament de classe D**), 40-80 mg bolus IV

Si le client prend ce médicament régulièrement, il est possible que vous deviez lui en administrer une dose beaucoup plus forte (on peut habituellement doubler la dose quotidienne PO pour déterminer la dose IV aiguë).

Pour réduire la charge de travail du cœur (de préférence, discutez-en avec le médecin avant d'administrer le médicament) :

morphine (**médicament de classe D**), 2-5 mg IV sur plusieurs minutes; la dose peut être répétée à la demande du médecin.

Pour réduire le retour veineux et, par conséquent, le travail du cœur, le médecin peut prescrire des nitrates topiques :

nitroglycérine topique (Nitro-Paste) (**médicament de classe B**), 1,25-2,5 cm immédiatement, puis toutes les 4-6 heures, mais seulement si la tension systolique est > 100 mm Hg

Surveillance et suivi

- Surveillez fréquemment les signes vitaux (attention à l'hypotension) et l'ABC, y compris la saturation en oxygène.
- Évaluez le débit urinaire toutes les heures (s'il n'y a pas de diurèse, il faut administrer davantage de diurétiques IV).

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale d'urgence.

OCCLUSION D'UNE ARTÈRE PÉRIPHÉRIQUE DE GROS CALIBRE

DÉFINITION

Obstruction subite d'une artère périphérique accompagnée d'une ischémie aiguë de la partie distale du membre.

CAUSES

- Thrombose aiguë d'une artère, traumatisme ou embole artériel
- Facteurs prédisposants : maladie vasculaire périphérique, fibrillation auriculaire, infarctus du myocarde récent, valvule cardiaque artificielle

SYMPTOMATOLOGIE

- Apparition subite d'une douleur intense dans la partie distale d'un membre
- Plus tard, paresthésie, refroidissement et pâleur de la partie distale du membre
- Possibilité d'antécédents de claudication intermittente
- Possibilité d'antécédents de cardiopathie

OBSERVATIONS

- Fréquence cardiaque élevée
- Possibilité d'irrégularité du pouls
- Fréquence respiratoire normale ou accélérée
- Tension artérielle normale ou élevée
- Anxiété, détresse aiguë
- Signes de maladie vasculaire périphérique de longue date dans le membre opposé
- Couleur du membre initialement normale, mais pâlissant avec le temps
- La température de la peau peut être normale au début, puis devenir fraîche ou froide.
- Pouls périphériques plus faibles que dans le membre opposé, ou carrément absents dans le membre touché
- Sensibilité cutanée diminuée ou absente
- Sensibilité douloureuse du mollet à la dorsiflexion du pied
- Possibilité de souffles artériels (aortique, iliaque, fémoral, poplité)

L'occlusion artérielle aiguë se caractérise par les cinq signes suivants : douleur, pâleur, absence de pouls, paresthésie et paralysie.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- S'il y a eu traumatisme, syndrome de loge

COMPLICATIONS

- Contracture musculaire ischémique
- Perte du membre

TRAITEMENT

Objectifs

- Améliorer l'oxygénation du membre
- Éviter les lésions ou la perte du membre

Consultation

Consultez immédiatement un médecin.

Interventions non pharmacologiques

- Repos au lit
- Évitez tout lésion du membre; manipulez-le avec précaution, protégez-le des pressions et des blessures.
- Ne surélevez pas le membre ischémique (maintenez-le à l'horizontale ou en légère déclivité).

Traitement adjuvant

- Administrez de l'oxygène à raison de 6-10 l/min.
- Amorcez un traitement IV à l'aide de soluté physiologique pour garder une veine ouverte.

Interventions pharmacologiques

Analgésie :

morphine (**médicament de classe D**), 10 mg IM

Surveillance et suivi

Surveillez fréquemment les signes vitaux, l'état général, le cœur et les poumons.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale dès que possible. On ne dispose que de 4 à 6 heures pour effectuer une intervention chirurgicale susceptible d'éviter des lésions irréparables au membre atteint

CHAPITRE 5 – APPAREIL DIGESTIF

Table des matières

ÉVALUATION DE L'APPAREIL DIGESTIF

ANAMNÈSE ET EXAMEN DE L'APPAREIL DIGESTIF

GÉNÉRALITÉS

Chaque symptôme doit être noté et examiné en fonction des caractéristiques suivantes :

- Apparition (soudaine ou graduelle)
- Évolution dans le temps
- Situation actuelle (amélioration ou aggravation)
- Localisation
- Irradiation
- Qualité
- Fréquence et durée
- Sévérité
- Facteurs déclenchants et aggravants
- Facteurs de soulagement
- Symptômes associés
- Répercussions sur les activités quotidiennes
- Épisodes similaires diagnostiqués auparavant
- Traitements antérieurs
- Efficacité des traitements antérieurs

SYMPTÔMES DOMINANTS

En plus des caractéristiques générales décrites ci-dessus, il faut aussi explorer les symptômes spécifiques suivants.

Douleur abdominale

Toutes les caractéristiques précédentes doivent être précisées (*voir la section « Généralités » ci-dessus*).

Nausées et vomissements

- Fréquence et sévérité
- Présence de sang et couleur de celui-ci (p. ex. rouge vif, rouge foncé, couleur de marc de café)

Habitudes intestinales

- Fréquence, couleur et consistance des selles
- Présence de sang ou méléna
- Douleur avant, pendant ou après la défécation
- Emploi de laxatifs
- Hémorroïdes
- Éructation, ballonnement et flatulence

Ictère

- Antécédents d'hépatite A, B ou C
- Urine foncée
- Selles de la couleur de l'argile
- Prurit

Dysphagie

- Aliments solides ou liquides
- Localisation du blocage

Autres symptômes associés

- Fièvre
- Malaise
- Céphalée
- Peau sèche
- Déshydratation
- Bouche sèche
- Régime alimentaire habituel, appétit, aliments évités (et pourquoi)
- Repas (p.ex. petits, fréquents)
- Anorexie
- Perte ou gain de poids récent non voulu

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (APPAREIL DIGESTIF)

- Cholécystopathie
- Diabète sucré
- Maladie du foie (hépatite A, hépatite B, hépatite C ou cirrhose)
- Cancer de l'œsophage
- Maladie intestinale inflammatoire
- Hernie hiatale
- Syndrome du côlon irritable
- Reflux gastro-œsophagien (RGO)
- Ulcère gastroduodénal (UGD)
- Pancréatite
- Diverticulose
- Chirurgie abdominale
- Présence d'une hernie, de masses
- Transfusion
- Médicaments actuels et antérieurs : médicaments en vente libre (p. ex. acide acétylsalicylique [AAS], acétaminophène [Tylenol]), œstrogène, progestérone, inhibiteurs calciques, anticholinergiques, antiacides, trithérapie pour un ulcère gastroduodénal, diurétiques thiazidiques, stéroïdes, digoxine

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (APPAREIL DIGESTIF)

- Alcoolisme
- Membre de la maisonnée atteint d'hépatite A ou B
- Membre de la maisonnée souffrant de gastro-entérite
- Intoxication alimentaire
- RGO
- Ulcère gastroduodénal
- Cholécystopathie
- Cancer de l'estomac ou du côlon
- Polypes
- Pancréatite
- Maladie métabolique (p.ex. diabète sucré, porphyrie)
- Cardiopathie
- Néphropathie

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET SOCIAUX (APPAREIL DIGESTIF)

- Consommation d'alcool
- Tabagisme
- Consommation de caféine
- Consommation de drogues illicites, y compris les drogues injectables
- Consommation de stéroïdes anabolisants
- Voyage dans une région où des troubles gastro-intestinaux infectieux sont endémiques
- Tatouages ou perçages
- Stress au travail, à la maison ou à l'école
- Consommation d'aliments contenant des nitrates (p. ex. viandes fumées)
- Régime alimentaire à forte teneur lipidique
- Obésité
- Consommation d'eau potable polluée
- Problèmes sanitaires à la maison ou dans la communauté

MILIEU PROFESSIONNEL OU SCOLAIRE

- Emploi dans le milieu de la santé
- Membre du personnel ou pensionnaire d'un établissement (p. ex. centre de soins infirmiers)
- Exposition à certaines substances dans l'environnement
- Exposition à des produits chimiques

EXAMEN DE L'ABDOMEN

GÉNÉRALITÉS

- État de santé apparent
- Apparence de bien-être ou de détresse
- Teint (p. ex. rouge, pâle, jaune)
- État nutritionnel (obésité ou maigreur)
- Hydratation (signe du pli cutané)
- Concordance entre l'âge apparent et l'âge déclaré

SIGNES VITAUX

- Température et pouls
- Fréquence respiratoire
- Tension artérielle

INSPECTION

- Contour de l'abdomen, symétrie, cicatrices, veines dilatées
- Mouvements de la paroi abdominale à la respiration
- Masses visibles, hernies, pulsations, péristaltisme
- Jaunisse (ictère sclérotique, teint)
- Angiomes stellaires sur le visage, le cou ou la partie supérieure du tronc
- Érythème palmaire, maladie de Dupuytren (associée à une atteinte hépatique chronique)
- Hippocratisme digital (signe tardif associé à une affection intestinale inflammatoire)

AUSCULTATION

À effectuer *avant* la percussion et la palpation afin de ne pas modifier les bruits intestinaux.

- Présence, caractéristiques et fréquence des bruits intestinaux
- Présence d'autres bruits (rein, région iliaque ou aorte abdominale)

PERCUSSION

- On doit commencer par les régions sonores et finir par les régions mates.
- Foie : repérez les bords supérieur et inférieur, mesurez sa largeur
- Rate : vérifiez l'existence d'une sonorité normale au-dessus du dernier espace intercostal sur la ligne axillaire antérieure
- Vessie : décelez toute distension ou plénitude
- Détectez les autres régions mates, sensibles ou excessivement sonores.

PALPATION SUPERFICIELLE

– Sensibilité, défense musculaire, rigidité
– Masses et organes superficiels

PALPATION PROFONDE

– Régions sensibles, douleur à la décompression brusque
– Foie : taille, sensibilité, bord régulier ou irrégulier, ferme ou dur
– Rate : hypertrophie, sensibilité, consistance
– Reins : sensibilité, hypertrophie, sensibilité dans l'angle costo-vertébral
– Masses : localisation, taille, forme, mobilité, sensibilité, mouvements à la respiration, pulsations, hernies (médianes, cicatricielles, inguinales)
– Ganglions inguinaux : hypertrophie, sensibilité

EXAMEN RECTAL

– Sang occulte (signe de saignement gastro-intestinal [GI])
– Douleur projetée (dans les cas d'appendicite)
– Masses, hémorroïdes, fissures anales, tonus du sphincter, etc.

EXAMEN CARDIOVASCULAIRE ET PULMONAIRE

Il faut également effectuer un examen cardiovasculaire et pulmonaire.

– Tachycardie, poumons (crépitations)
– Douleur abdominale (parfois projetée à partir des poumons dans les cas de pneumonie)

AFFECTIONS COURANTES DE L'APPAREIL DIGESTIF

DÉSHYDRATATION (HYPOVOLÉMIE)

DÉFINITION

Diminution anormale du volume plasmatique circulant

CAUSES

– Élimination urinaire excessive (p. ex. prise de diurétiques, polyurie ou polydipsie inexpliquée)
– Pertes excessives par voie digestive (vomissements, diarrhée, accumulation de liquide dans l'abdomen attribuable à une ascite ou à une pancréatite)
– Pertes excessives par voie cutanée (brûlures, fièvre, dermatite exfoliatrice)
– Apport alimentaire ou hydrique insuffisant (immobilité, perte de conscience, déficience intellectuelle, médicaments qui émoussent la sensation de soif, comme les antipsychotiques)

EXAMEN PHYSIQUE

– Déterminez s'il y a hypotension orthostatique si, en position couchée, la tension artérielle semble normale.
– Évaluez le volume déficitaire (voir le tableau 1).

Tableau 1 : Signes physiques selon le degré de déshydratation

Signe clinique	Légère déshydratation	Déshydratation modérée*	Déshydratation sévère*
Perte hydrique (% du poids corporel)	< 6 %	de 6 à 10 %	> 10 %
Pouls radial	Normal	Rapide, faible	Très rapide, faible
Respiration	Normale	Profonde	Profonde, rapide
Tension artérielle systolique	Normale	Basse	Très basse ou imperceptible
Pli cutané	Disparaît rapidement	Disparaît lentement	Disparaît très lentement
Yeux	Normaux	Enfoncés	Très enfoncés
État mental	Éveillé	Agité	Somnolent, comateux
Débit urinaire	Normal	Peu abondant	Oligurie
Voix	Normale	Rauque	Inaudible

* La déshydratation modérée ou sévère peut s'accompagner de perturbations de l'équilibre électrolytique.

TYPES

Déshydratation hypotonique

- Plus rapidement symptomatique que la déshydratation isotonique ou hypertonique (à titre indicatif, utilisez la perte pondérale estimative : 3 % = légère déshydratation, 6 % = déshydratation modérée, 9 % = déshydratation sévère)
- Habituellement attribuable au remplacement des pertes (vomissements et diarrhée) par des liquides hyposodiques, comme du jus dilué, des boissons au cola ou du thé faible
- La léthargie et l'irritabilité sont fréquentes; le collapsus vasculaire peut survenir promptement.

Déshydratation isotonique

Symptômes moins spectaculaires que ceux de la déshydratation hypotonique (à titre indicatif, utilisez la perte pondérale estimative : 5 % = légère déshydratation, 10 % = déshydratation modérée, 15 % = déshydratation sévère)

Déshydratation hypertonique

- Habituellement attribuable à l'utilisation d'une dose de charge sodée trop massive, à la défaillance de la fonction rénale avec des pertes importantes d'eau libre ou à une exposition à la chaleur accompagnée de pertes insensibles importantes
- La texture épaisse et pâteuse de la peau (pli cutané rare), la tachypnée et une forte soif sont des symptômes typiques.
- L'état de choc est une manifestation très tardive.

TRAITEMENT

Objectifs

- Rétablir un état d'hydratation normal.
- Déterminer et corriger la cause de la déshydratation.

Principes généraux du traitement

- Assurez-vous d'ajouter les pertes en cours aux besoins de base et au déficit hydrique et électrolytique.
- Dans un cas de déshydratation hypotonique ou isotonique, calculez la quantité totale de liquides et d'électrolytes nécessaires (besoins de base plus remplacement des pertes) pour les 24 premières heures. Administrez la moitié de cette quantité dans les 8 premières heures et l'autre moitié dans les 16 heures suivantes.
- Dans un cas de déshydratation hypertonique, compensez lentement les pertes hydriques et électrolytiques (au cours d'une période approximative de 48 heures).
- N'ajoutez pas de potassium (**médicament de classe B**) au traitement IV avant que le débit urinaire ne soit établi (l'acidocétose diabétique peut constituer une exception, car la correction de l'hyperglycémie et de l'acidose peut entraîner rapidement l'hypokalémie).
- Augmentez l'apport liquidien pour les besoins de base de 12 % pour chaque degré Celsius de fièvre.
- Si les pertes par voie digestive se poursuivent, administrez 10 ml/kg pour chaque selle diarrhéique et 2 ml/kg pour chaque épisode de vomissements (cela devrait équivaloir aux pertes).

Il faut chercher la cause sous-jacente de la déshydratation tout en administrant le traitement de réhydratation, afin d'éviter que des pertes hydriques persistantes n'entraînent une nouvelle déshydratation.

Interventions pharmacologiques

La réhydratation par voie orale est le traitement initial à moins que le volume du déficit et la sévérité des symptômes ou que l'impossibilité d'une absorption par voie orale rendent nécessaire la thérapie IV.

Les solutions orales de réhydratation sont efficaces, et ce traitement doit être tenté chez les clients ayant une tension artérielle suffisante qui peuvent prendre des liquides par voie orale.

Les solutions orales de réhydratation doivent contenir du sodium et du glucose pour que l'absorption de ces deux éléments par l'organisme soit maximale.

On peut se servir de sel et de sucre ordinaires pour faire une solution orale de réhydratation à la maison : 1/2 c. à thé (2,5 ml) de sel, 8 c. à thé (40 ml) de sucre, 4 tasses (1 litre) d'eau. On peut également se procurer des solutions commerciales (p. ex. Gastrolyte, Rehydralyte).

Légère déshydratation

- Administrez 50 ml/kg de solution de réhydratation orale dans les 4 premières heures de traitement; donnez à boire fréquemment de petites quantités.
- Réévaluez la situation après 4 heures afin de déterminer les besoins hydriques d'entretien (en général, un adulte a besoin de 2 000-2 400 ml de liquides par jour).
- L'apport hydrique dans les 24-48 premières heures doit suffire à combler, outre le déficit initial, toute perte en cours par voie digestive, urinaire et cutanée.

Déshydratation modérée

- Administrez 100 ml/kg de solution de réhydratation orale dans les 4 premières heures du traitement; donnez à boire fréquemment de petites quantités.
- Réévaluez la situation après 4 heures afin de déterminer les besoins hydriques d'entretien (en général, un adulte a besoin de 2 000-2 400 ml de liquides par jour).
- L'apport hydrique dans les 24-48 premières heures devrait suffire à combler, outre le déficit initial, toute perte en cours par voie digestive, urinaire et cutanée.

Déshydratation sévère

- Pratiquez une perfusion IV en mettant en place deux tubulures de gros calibre (14 ou 16) et administrez du soluté physiologique.
- Administrez rapidement 20 ml/kg par voie IV sous forme de bolus.
- Réévaluez l'état du patient afin de détecter tout signe de choc hypovolémique persistant.
- Si l'état de choc persiste, continuez d'administrer la solution sous forme de bolus et réévaluez.
- Adaptez le débit de perfusion en fonction de la réponse clinique (la thérapie IV continue dépend de la réponse à la réanimation liquidienne initiale, des pertes en cours et de la cause sous-jacente de la déshydratation).
- Visez à obtenir un pouls < 100 puls/min et une tension artérielle systolique > à 90 mm Hg.

Potassium

- L'administration de potassium peut être inutile dans un cas de légère déshydratation.
- Dans un cas de déshydratation modérée ou sévère attribuable à des pertes par voie digestive ou rénale, *l'administration de potassium est habituellement nécessaire* (**médicament de classe B**).

FISSURE ANALE

DÉFINITION

Lésion longitudinale douloureuse de la muqueuse anale.

CAUSES

- Constipation chronique
- Traumatisme du canal anal

SYMPTOMATOLOGIE

- Douleur aiguë pendant et après la défécation
- Léger écoulement de sang rouge clair à la défécation.
- Saignement généralement peu abondant
- Constipation causée par la peur de la douleur
- Se rencontre généralement chez les adultes jeunes ou d'âge moyen
- Cause la plus fréquente de douleurs périanales chroniques

OBSERVATIONS

- Peut être dissimulée par la muqueuse anale sous-jacente
- Une forte rétraction des fesses est nécessaire pour permettre un examen adéquat.
- Habituellement, une seule fissure
- La fissure est habituellement située près de la ligne médiane.
- Le toucher rectal est très douloureux.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Hémorroïdes externes thrombosées
- Abcès périanal ou périrectal
- Maladie de Crohn ou infections vénériennes (si les fissures ne se cicatrisent pas)

COMPLICATIONS

- Constipation
- Fissure anale chronique

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager la douleur.
- Traiter la constipation sous-jacente.
- Éviter la récidive.

Interventions non pharmacologiques

- La plupart des fissures sont superficielles et guérissent spontanément.
- Bains de siège de 20 minutes, 3 ou 4 fois par jour, dans de l'eau tiède salée

Éducation du client

- Expliquez au client les règles d'hygiène périanale et les moyens de prévenir l'infection.
- Conseillez le client sur ses habitudes de vie et son régime alimentaire (p.ex. fibres alimentaires, liquides, exercice).

Interventions pharmacologiques

Les préparations topiques sans corticostéroïdes peuvent être utiles :

onguent de sulfate de zinc (Anusol) (**médicament de classe A**), bid et après chaque selle

L'onguent est préférable au suppositoire parce que la préparation demeure dans la région atteinte.

Dans les cas de constipation, commencez l'administration d'agents qui augmentent le bol fécal ou de laxatifs émollients (*voir la section « Constipation » plus loin*).

Surveillance et suivi

Suivi après 1-2 semaines.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Fixez un rendez-vous avec le médecin si la fissure n'est pas cicatrisée après 4-6 semaines.

HÉMORROÏDES

DÉFINITION

Vaisseaux sanguins situés sous la muqueuse du canal anal (hémorroïdes internes) et sous l'épiderme de la région périanale (hémorroïdes externes), qui enflent, font saillie et provoquent divers symptômes.

CAUSES

- Derniers mois de la grossesse
- Constipation chronique avec effort lors des selles
- Hypertrophie de la prostate avec effort chronique à la miction
- Position assise prolongée
- Infection anale

SYMPTOMATOLOGIE

Absence de symptômes évocateurs d'une maladie intestinale

Hémorroïdes internes

- Sensation d'avoir quelque chose qui « sort » du rectum
- Pertes de sang rouge vif lors des selles
- Présence de sang uniquement à la surface des selles (non mélangé aux selles), souvent visible sur le papier de toilette.
- Possibilité de démangeaisons ou d'écoulement anal
- Indolores, à moins de complications

Hémorroïdes externes (masses périanales)

- Présence possible d'acrochordons mous
- Gêne ou irritation souvent présente
- Tendance à la thrombose
- Soudaine douleur aiguë en cas de thrombose

OBSERVATIONS

Pour examiner la région anale, demandez au client de s'allonger sur le côté gauche, les genoux relevés vers la poitrine. Rétractez les fesses.

- Présence possible d'hémorroïdes internes et externes
- Généralement localisées en position latérale gauche, antérieure droite et postérieure droite
- Les hémorroïdes internes sont recouvertes d'une fine muqueuse anale rose.
- Les hémorroïdes externes sont recouvertes par l'épiderme. (Remarque : l'hémorroïde externe thrombosée forme une masse molle, irréductible, globulaire, d'un bleu violacé au bord de l'anus)
- D'une à 3 tuméfactions autour de l'orifice anal, grosses comme la pointe du doigt, de couleur rose, violacée ou bleue.
- L'examen rectal peut révéler des hémorroïdes internes cachées.
- Vérifiez si les hémorroïdes prolabées sont facilement réductibles.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Polype ou prolapsus rectal
- Acrochordon
- Autres causes de prurit et de dermatite périanale
- Abcès périanal ou périrectal
- Fissure anale
- Complication d'hémorroïdes
- Tumeur

COMPLICATIONS

- Hémorroïde interne thrombosée ou étranglée
- Hémorroïde externe thrombosée

TESTS DIAGNOSTIQUES

– Recherche de sang occulte dans les selles

TRAITEMENT

Objectifs

– Soulager les symptômes.
– Tenir la région anale propre.
– Faciliter et régulariser les selles.

Consultation

S'il est impossible de réduire les hémorroïdes internes prolabées, communiquez avec un médecin.

Interventions non pharmacologiques

– Tentez de réduire doucement les hémorroïdes internes prolabées douloureuses.
– Appliquez un anesthésique topique (p. ex. gelée à 2 % de lidocaïne [Xylocaine]), attendez 15 minutes, puis tentez de réduire doucement l'hémorroïde. Ne forcez pas!
– Expliquez au client comment réduire doucement (en les repoussant vers le haut) les hémorroïdes internes prolabées indolores.
– Expliquez au client qu'après les selles il doit nettoyer la région périanale à l'eau claire, à l'eau salée ou à l'aide de compresses de coton imbibées d'hamamélis (Tucks).
– Expliquez au client qu'il doit prendre des bains de siège de 15 à 20 minutes, 3 ou 4 fois par jour, pour nettoyer la région, apaiser l'irritation locale et relâcher le sphincter anal.
– Traitez la constipation sous-jacente (*voir la section « Constipation » plus loin dans le présent chapitre*).

Éducation du client

– Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, dangers d'une surconsommation).
– Enseignez au client les règles d'hygiène périanale.
– Demandez au client de revenir à la clinique si une douleur ou un saignement sévère survient (l'incision et le drainage d'hémorroïdes externes thrombosées peuvent être nécessaires).
– Expliquez au client qu'il doit appliquer des compresses glacées pendant 20 minutes (intervalle de 20 minutes entre les applications) pour réduire l'œdème et la douleur si vous soupçonnez des hémorroïdes thrombosées.

Interventions pharmacologiques

Dans un cas d'hémorroïdes externes œdémateuses légèrement irritées, utilisez des suppositoires ou un onguent sans corticostéroïdes pour le traitement des hémorroïdes (l'onguent est préférable) :

onguent ou suppositoires de sulfate de zinc à 0,5 % (Anusol) (**médicament de classe A**), tous les matins et soirs et après chaque selle pendant 3-6 jours

Dans les cas de dermatite périanale, on peut utiliser un onguent pour hémorroïdes avec corticostéroïdes (propriétés anti-inflammatoires) pour atténuer la démangeaison et les écoulements (mal utilisées, ces préparations peuvent causer une irritation locale) :

onguent de sulfate de zinc à 0,5 % (Anusol) (**médicament de classe A**)

ou

onguent d'hydrocortisone à 1 % (Unicort) (**médicament de classe C**), tous les matins et soirs et après chaque selle pendant 3-6 jours

Surveillance et suivi

Suivi après 1 semaine pour déterminer s'il y a amélioration des symptômes.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Si une douleur aiguë d'apparition récente (1-2 jours) s'accentue malgré le traitement, communiquez avec le médecin pour obtenir son avis et exclure la possibilité d'un abcès.

CONSTIPATION

DÉFINITION

Selles dures, sèches, souvent rondes et de petite taille, dont l'évacuation est difficile et douloureuse. La constipation est un symptôme et non une maladie. La cause sous-jacente doit être cherchée dans tous les cas, car bon nombre des causes de la constipation peuvent être corrigées.

CAUSES

- Ne pas tenir compte du besoin d'aller à la selle
- Insuffisance de liquides et de fibres alimentaires
- Mauvaises habitudes intestinales
- Inactivité physique
- Grossesse
- Effet secondaire de certains médicaments
- Abus de laxatifs
- Fissure anale
- Hémorroïdes
- Cancer du côlon ou du rectum
- Autres maladies du gros intestin
- Problèmes endocriniens
- Affections neurologiques

Médicaments associés à la constipation

- Antiacides à l'aluminium
- Antidépresseurs tricycliques
- Antipsychotiques
- Anticholinergiques
- Antiparkinsoniens
- Narcotiques opiacés
- Anticonvulsivants (phénobarbital [Phenobarb], phénytoïne [Dilantin], carbamazépine [Tegretol])
- Antihypertenseurs (p.ex. inhibiteurs calciques)
- Préparations contenant du fer
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
- Antihistaminiques
- Sympathomimétiques (p. ex. pseudo-éphédrine)
- Terbutaline
- Préparations de bismuth (p.ex. Pepto-Bismol)

SYMPTOMATOLOGIE

La constipation est un symptôme et non une maladie. Il faut donc procéder à un examen physique minutieux et vérifier de près les antécédents médicaux du client. La consistance des selles et la facilité de la défécation sont plus importantes que la fréquence des selles.

- Durée de la constipation (problème récent ou chronique)
- Changements récents sur le plan de l'évacuation intestinale, de la consistance des selles ou d'autres aspects
- Rectorragie, méléna
- Fausse diarrhée
- Douleur abdominale, crampes et ballonnement
- Difficulté ou douleur à la défécation
- Ténesme
- Moment des dernières selles
- Apport hydrique
- Apport alimentaire
- Activité et exercice
- Médication actuelle, consommation actuelle et antérieure de laxatifs
- Sources de stress et psychisme
- Dépression
- Troubles de l'alimentation
- Grossesse (actuelle)
- Troubles endocriniens (p. ex. diabète sucré, hypothyroïdie)
- Affections neurologiques (p. ex. maladie de Parkinson, sclérose en plaques)
- Collagénose avec manifestations vasculaires (p. ex. sclérose générale)

OBSERVATIONS

- Habituellement pas de souffrance
- Le client semble bien portant.
- Distension possible de l'abdomen
- Les bruits intestinaux sont normaux, mais ils peuvent être moindres dans les cas de constipation chronique.
- Les bruits intestinaux sont normaux ou sourds dans le quadrant inférieur gauche.
- Les mêmes observations valent aussi parfois pour le quadrant inférieur droit.
- Les matières fécales peuvent être palpables dans les quadrants inférieurs gauche ou droit.
- Les quadrants inférieurs gauche et droit peuvent être sensibles.
- Petites selles dures dans le rectum ou rectum vide
- Hémorroïdes ou fissures anales possibles

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Syndrome du côlon irritable
- Maladie diverticulaire
- Occlusion intestinale partielle
- Fissure rectale
- Fissure anale ou hémorroïdes
- Inactivité physique
- Effet secondaire des médicaments ou de l'abus de laxatifs
- Cancer du côlon, du rectum ou d'un autre organe
- Maladies du gros intestin
- Problèmes endocriniens (p. ex. hypothyroïdie)
- Affections neurologiques (p.ex. maladie de Parkinson)

COMPLICATIONS

- Douleur abdominale chronique
- Hémorroïdes
- Fissure anale
- Fécalome
- Incontinence anale et urinaire
- Rétention urinaire
- Hernie inguinale provoquée par l'effort pendant la défécation
- Occlusion intestinale

TESTS DIAGNOSTIQUES

Recherche de sang occulte dans les selles.

TRAITEMENT

Objectifs

- Favoriser la régularité des selles.
- Éliminer les facteurs contributifs.
- Déceler et traiter la maladie sous-jacente.
- Traiter et prévenir les complications (p. ex. fécalome, hémorroïdes, fissures anales, prolapsus rectal, incontinence anale, occlusion intestinale).
- Éliminer la nécessité de forcer pendant la défécation et prévenir les effets secondaires d'efforts répétés (p. ex. hernie, reflux gastro-œsophagien, dysfonction coronarienne et cérébrale chez les personnes âgées).

Interventions non pharmacologiques

- Le client doit augmenter son apport hydrique (1,5-2,0 l/jour).
- Le client doit augmenter sa consommation de fibres alimentaires (20-30 g/jour). Il faut inciter le client à manger du son, des grains entiers, des fruits et légumes; on peut lui recommander aussi le jus de pruneaux et la compote de pruneaux et de figues.
- Incitez le client à faire de l'exercice physique s'il le peut.
- Mettez fin à la prise des médicaments qui provoquent la constipation si possible.
- Fixez un moment précis pour aller à la selle afin de favoriser l'apparition d'un réflexe conditionné (p. ex. immédiatement après le déjeuner).
- Incitez le client à faire des exercices pour détendre les structures périnéales et les muscles externes du sphincter anal.
- Informez le client que la rééducation intestinale peut prendre des mois (il faut faire preuve de patience et de persistance et continuer d'observer les nouvelles règles alimentaires).

Interventions pharmacologiques

La prise de certains médicaments peut être nécessaire pour soulager la constipation dans un premier temps. Évitez de donner un traitement prolongé de laxatifs.

Constipation aiguë

1re étape : Recourez à un agent qui augmente le bol fécal :

muciloïde hydrophile de psyllium (Metamucil) (**médicament de classe A**), 1 c. à thé (5 ml) dans 8 oz (250 ml) de liquide bid ou tid

ou

psyllium (Prodiem Plain) (**médicament de classe A**), 1 c. à thé (5 ml) PO avec 8 oz (250 ml) de liquide bid

2e étape : Si cet agent n'est pas bien toléré ou n'est pas efficace, ajoutez ou administrez plutôt un laxatif salin osmotique pendant une brève période (3-4 jours) :

hydroxyde de magnésium (lait de magnésie) (**médicament de classe A**), 1,2-3,2 g (15-40 ml) par jour

ou

laxatifs de contact, comme du bisacodyl (Dulcolax) (**médicament de classe A**), 5-15 mg au coucher ou du séné (Senokot) (**médicaments de classe A**), 2-4 comprimés au coucher ou bid

3e étape : En l'absence de soulagement, demandez une prescription à un médecin :

électrolytes (GoLytely, Colyte) ou polyéthylèneglycol (**médicament de classe B**)

Pour les clients qui ont initialement de la difficulté à aller à la selle, ajoutez :

suppositoire de glycérine, 1 ou 2 au besoin

ou

lavement Fleet au besoin

Dans les cas de fécalome, utilisez des lavements (p. ex. Fleet, solution salée, rétention d'huile). Faites un suivi attentif jusqu'à ce que les selles soient régulières.

Le docusate sodique (Colace), un laxatif émollient, convient mieux dans les cas où l'effort doit être évité pendant une période définie.

Constipation chronique

Les médicaments suivants peuvent s'ajouter aux interventions non pharmacologiques si celles-ci ne donnent aucun résultat après un mois :

1re étape : Utilisation régulière d'un agent qui augmente le volume du bol fécal :

muciloïde hydrophile de psyllium (Metamucil) (**médicament de classe A**), 1 c. à thé (5 ml) dans 8 oz (250 ml) de liquide bid ou tid

ou

psyllium (Prodiem Plain) (**médicament de classe A**), 1 c. à thé (5 ml) PO avec 8 oz (250 ml) de liquide bid

2e étape : Prise intermittente d'un laxatif salin osmotique pendant de brèves périodes (p. ex. 3-4 jours) :

hydroxide de magnésium (lait de magnésie) (**médicament de classe A**), 1,2-3,2 g (15-40 ml) par jour

Surveillance et suivi

Faites des contrôles réguliers toutes les 2-4 semaines, jusqu'à ce que les selles soient régulières. Évaluez et adaptez la dose d'agents destinés à augmenter le bol fécal de façon à obtenir des selles formées et molles.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un médecin pour d'autres analyses dans les cas suivants :

- sang occulte décelé dans les selles;
- faible taux d'hémoglobine;
- symptômes d'une autre maladie organique;
- la constipation est apparue récemment chez une personne de plus de 50 ans;
- la constipation ne disparaît pas malgré un traitement approprié.

Un effort important à la défécation ou une sensation persistante de plénitude rectale, même si le rectum est vide, justifie une évaluation plus poussée.

DIARRHÉE

DÉFINITION

Selles molles ou liquides et fréquentes (volumineuses ou non). La diarrhée est un symptôme et non une maladie. Il faut donc procéder à un examen physique minutieux et vérifier de près les antécédents médicaux du client pour en trouver la cause.

CAUSES

Diarrhée aiguë

- Infection virale : rotavirus (le plus souvent) ou virus de l'hépatite A, B ou C (moins souvent)
- Infection bactérienne : *Campylobacter*, *Clostridium difficile*, *Escherichia coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Staphyloccus aureus*, *Yersinia*
- Maladie intestinale inflammatoire (p. ex. rectocolite hémorragique, maladie de Crohn)
- Médicaments (p. ex. antibiotiques, antiacides, laxatifs)
- Infection parasitaire (p. ex. *Giardia*, ankylostome)

Diarrhée chronique

- Affection intestinale inflammatoire (p. ex. rectocolite hémorragique, maladie de Crohn)
- Syndromes de malabsorption (p. ex. carence en lactase, chirurgie abdominale récente)
- Troubles endocriniens (p. ex. hyperthyroïdie, diabète sucré)
- VIH ou sida
- Syndrome du côlon irritable
- Maladie diverticulaire (p. ex. diverticulite aiguë)
- Fécalome (fausse diarrhée)

Pendant la débâcle du printemps et à la fin de l'été, les éclosions de diarrhée à *E. coli* sont courantes lorsque l'eau est de piètre qualité. *E. coli* et des parasites peuvent être en cause si le client a récemment voyagé. Le botulisme est une forme rare de clostridiose.

SYMPTOMATOLOGIE

- Début soudain de selles trop molles, liquides et fréquentes
- Présence possible de sang, pus ou mucus
- Méléna
- Stéarrhée (selles graisseuses et volumineuses)
- Douleur abdominale, possibilité de crampes
- Relation possible avec les médicaments actuels ou utilisés récemment
- Relation possible avec un voyage récent
- Relation possible avec l'apport alimentaire et l'apport hydrique des 24 dernières heures
- Nausées ou vomissements
- Fièvre
- Céphalée
- Soif
- Diminution du débit urinaire (possible si la diarrhée est sévère ou prolongée)

Si la diarrhée est sanglante, envisagez une infection par *Shigella* ou *Salmonella*, ou une affection intestinale inflammatoire ou ischémique.

OBSERVATIONS

- La température peut être élevée (si la diarrhée est d'origine infectieuse).
- La fréquence cardiaque peut être accélérée (s'il y a déshydratation, fièvre ou dérèglement métabolique).
- Perte pondérale (si la diarrhée est chronique)
- La tension artérielle sera faible si la déshydratation est sévère.
- Hypotension orthostatique si la déshydratation est modérée
- Le client semble légèrement ou gravement incommodé (selon la cause et la sévérité de la diarrhée)
- Sécheresse possible des muqueuses
- Les yeux peuvent être cernés et enfoncés.
- Sclère ou teint bilieux (cas d'hépatite)
- La peau peut sembler sèche (persistance du pli cutané)
- L'abdomen peut être légèrement distendu par les gaz.
- Les bruits intestinaux sont anormalement nombreux.
- Hypersonorité de l'abdomen s'il y a excès de gaz
- L'abdomen peut être légèrement sensible à la palpation dans tous les quadrants.
- Présence possible d'une masse abdominale (selon la cause sous-jacente de la diarrhée)
- L'examen rectal révèle de la sensibilité et une masse.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Infection virale (p. ex. rotavirus)
- Infection bactérienne (p. ex. *E. coli*, *Salmonella* ou *Shigella*)
- Infection parasitaire (p. ex. *Giardia*)
- Consommation excessive d'alcool ou de fruits
- Prise d'antibiotiques (actuelle ou récente)
- Abus de laxatifs
- Syndrome du côlon irritable
- Maladie intestinale inflammatoire
- Fécalome avec fausse diarrhée
- VIH ou sida
- Syndrome de malabsorption (p. ex. carence en lactase)

COMPLICATIONS

- Déshydratation
- Infection générale (septicémie)

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Recherche de sang occulte dans les selles.
- Culture, antibiogramme et examen parasitologique des selles. Recherche de *C. difficile* (en cas d'antibiothérapie récente)
- Dépistage du VIH (en présence de diarrhée chronique ou de comportements à risque)

TRAITEMENT

Objectifs

- Établir une motilité intestinale normale.
- Prévenir les complications (p. ex. déshydratation).
- Éviter les complications des antidiarrhéiques (p. ex. constipation, mégacôlon toxique).

Consultation

Consultez un médecin si la déshydratation est modérée ou sévère.

Interventions non pharmacologiques

Modifications de l'alimentation

- Le client doit éviter le café, l'alcool, la plupart des fruits et légumes, les viandes rouges et les aliments très épicés.
- Le client doit cesser pendant 7-10 jours de consommer des produits laitiers (à l'exception du yogourt et des fromages vieillis).
- Il est possible que le client doive jeûner pendant une brève période (6 heures) si les selles sont fréquentes et liquides, ou si la diarrhée s'accompagne de vomissements.
- Le rétablissement précoce d'une diète sans lactose réduira la durée et la sévérité de la diarrhée.
- Le client doit recommencer progressivement à consommer des aliments solides (p. ex. potage clair, craquelins salés, rôties ou pain sec), puis des aliments fades (p. ex. pommes de terre au four, volaille, poisson cuit au four, nouilles).
- En cas de diarrhée chronique, la meilleure stratégie peut consister à combiner des bouillons clairs, les solutions orales de réhydratation et une petite quantité de liquides hypotoniques (p. ex. eau, jus, boissons gazeuses).

Les personnes âgées ou affaiblies risquent particulièrement de souffrir de déshydratation et l'utilisation de solutions orales de réhydratation est recommandée promptement dans le traitement.

L'eau, les jus et les boissons gazeuses ne peuvent pas remplacer les électrolytes parce qu'ils contiennent peu de sodium. Une consommation trop grande de ces liquides hypotoniques peut entraîner une hyponatrémie.

Éducation du client

- Expliquez au client de bien se laver les mains pour éviter de propager l'infection.
- Expliquez au client comment prévenir la diarrhée récurrente (en faisant bouillir l'eau potable pendant 20 minutes au moins).
- Enseignez au client à reconnaître les signes et les symptômes de la déshydratation et demandez-lui de revenir à la clinique s'ils se manifestent.
- Des tampons d'ouate imbibés d'hamamélis (Tucks) peuvent soulager la région périanale à vif.

Interventions pharmacologiques

Un traitement de réhydratation par voie orale peut traiter avec succès une diarrhée aiguë; il doit être utilisé chez les clients ayant une tension artérielle suffisante, qui sont capables de boire.

Les solutions orales de réhydratation doivent renfermer du sodium et du glucose pour que l'absorption de ces deux composants soit maximale.

On peut se servir de sel et de sucre ordinaires pour préparer une solution orale de réhydratation à la maison : il suffit d'ajouter ½ c. à thé (2,5 ml) de sel et 8 c. à thé (40 ml) de sucre à 4 tasses (1 litre) d'eau. On peut aussi utiliser les solutions disponibles sur le marché (p. ex. Gastrolyte, Rehydralyte).

Légère déshydratation

- Administrez 50 ml/kg de solution orale de réhydratation dans les 4 premières heures du traitement; faites boire fréquemment de petites quantités.
- Réévaluez la situation après 4 heures pour déterminer les besoins hydriques de base (en général, un adulte a besoin de 2 000-2 400 ml de liquides par jour).
- L'apport hydrique dans les 24-48 premières heures doit suffire à combler, outre le déficit initial, toute perte liquidienne par voie digestive, urinaire ou cutanée.

Déshydratation modérée

- Administrez 100 ml/kg de solution orale de réhydratation dans les 4 premières heures du traitement; faites boire fréquemment de petites quantités.
- Réévaluez la situation après 4 heures afin de déterminer les besoins hydriques de base (en général, un adulte a besoin de 2 000-2 400 ml de liquides par jour).
- L'apport hydrique dans les 24-48 premières heures doit suffire à combler, outre le déficit initial, toute perte liquidienne par voie digestive, urinaire ou cutanée.

Déshydratation sévère

- Pratiquez une perfusion en mettant en place deux tubulures de gros calibre (14 ou 16) et administrez du soluté physiologique.
- Administrez rapidement 20 ml/kg par voie IV sous forme de bolus.
- Vérifiez si les signes de choc hypovolémique persistent.
- Si l'état de choc persiste, continuez d'administrer la solution sous forme de bolus et réévaluez l'état du patient.
- Adaptez le débit de perfusion en fonction de la réponse clinique (la thérapie IV continue est établie en fonction de la réponse à la réanimation liquidienne initiale, des pertes en cours et de la cause sous-jacente de la déshydratation).
- Visez à obtenir un pouls < 100 puls/min et une tension artérielle systolique > 90 mm Hg.

Enrayez les nausées et les vomissements s'ils sont importants :

dimenhydrinate (Gravol) (**médicament de classe A**), 25-50 mg IM en dose unique, puis 50 mg PO toutes les 4-6 h au besoin

Des antidiarrhéiques peuvent contribuer à soulager les symptômes :

chlorhydrate de lopéramide (Imodium) (**médicament de classe C**), 4 mg pour débuter, 2 g après chaque selle diarrhéique jusqu'à un maximum de 16 mg/jour, puis 2-4 mg bid

Surveillance et suivi

Vérifiez fréquemment l'état d'hydratation, l'état général et les signes vitaux jusqu'à ce que l'état du client soit stable. Faites un suivi après 24 heures (ou plus tôt, si l'absorption orale ne compense pas les pertes).

Orientation vers d'autres ressources médicales

Orientez vers un médecin tout client :

- qui est déshydraté dans une proportion de plus de 6 à 10 % s'il ne répond pas promptement au traitement de réhydratation
- qui est âgé et qui souffre de plusieurs problèmes de santé
- qui est incapable de tolérer des liquides par voie orale
- qui ne présente aucun bruit intestinal
- dont l'abdomen est sensible ou présente une sensibilité à la décompression
- qui fait une forte fièvre et semble très mal en point

REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN (RGO)

DÉFINITION

Reflux du contenu de l'estomac dans l'œsophage, qui provoque l'irritation ou l'inflammation de l'œsophage.

CAUSES

Présence du contenu acide de l'estomac dans l'œsophage due à la laxité du sphincter inférieur de l'œsophage.

Facteurs prédisposants

- Obésité
- Grossesse
- Œstrogénothérapie
- Médicaments
- Tabagisme
- Consommation d'alcool
- Facteurs génétiques
- Clairance œsophagienne déficiente
- Hypersécrétion d'acide gastrique
- Vidange gastrique retardée

SYMPTOMATOLOGIE

- Brûlures d'estomac
- Sensation de brûlure rétrosternale qui irradie vers le haut (pouvant même atteindre la gorge)
- Le contenu acide de l'estomac peut être régurgité.
- Symptômes associés aux gros repas, au fait de s'étendre ou de se pencher
- Réveille souvent le client la nuit
- Peut s'accompagner de toux, de mal de gorge, d'enrouement et de déglutition douloureuse
- Salivation excessive (régurgitations acides)
- Facteurs d'aggravation identifiables
- Les antiacides et la position assise procurent un soulagement.
- Le stress aggrave les symptômes.

OBSERVATIONS

Présence possible d'une légère sensibilité épigastrique.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Ulcère gastroduodénal
- Trouble de la motilité œsophagienne
- Tumeur de l'œsophage

COMPLICATIONS

- Œsophagite
- Ulcère œsophagien
- Saignement dans la partie supérieure du tube digestif
- Sténose de l'œsophage
- Aspiration nocturne
- Œsophage de Barrett

Œsophage de Barrett

Les gens qui ont souffert régulièrement ou quotidiennement de brûlures d'estomac pendant plus de 5 ans risquent de présenter l'œsophage de Barrett, anomalie qui apparaît chez certaines personnes atteintes de RGO chronique ou d'œsophagite. Dans ce trouble, les cellules normales qui tapissent l'œsophage, cellules de l'épithélium malpighien, se transforment en un type de cellules qui ne se trouvent pas habituellement chez l'humain, cellules cylindriques spécialisées. Ces transformations anormales sont dues aux lésions causées au revêtement interne de l'œsophage (p. ex. par le reflux acide associé au RGO).

Une fois que les cellules qui tapissent l'œsophage sont devenues des cellules cylindriques, elles ne peuvent plus reprendre leur forme initiale. L'objet du traitement consiste à prévenir d'autres lésions en empêchant le contenu acide de l'estomac de refluer dans l'œsophage.

Le cancer de l'œsophage apparaît dans 5 à 10% des cas d'œsophage de Barrett et, compte tenu de ce risque, des tests de dépistage réguliers sont nécessaires.

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Recherche de sang occulte dans les selles
- Dosage de l'hémoglobine
- Détection de *Helicobacter pylori* (analyse sérologique ou test respiratoire)

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager les symptômes.
- Favoriser la guérison de l'œsophage.
- Prévenir les complications, comme la sténose, les saignements et l'œsophage de Barrett.
- Prévenir les récidives.

Consultation

Consultez un médecin dans les cas suivants :
- Perte pondérale due à la sévérité ou à la durée des symptômes
- Déglutition difficile ou douloureuse
- Adhérence de solides ou de liquides
- Vomissements persistants
- Toux ou essoufflement nocturne
- Anémie
- Présence confirmée de sang occulte dans les selles
- Client de plus de 45 ans présentant des symptômes d'apparition récente

Interventions non pharmacologiques

- Surélevez la tête du lit à l'aide de blocs de bois de 6 pouces (15 cm).
- Incitez le client à perdre du poids (s'il y a lieu)
- Éliminez (lorsque cela est possible) les médicaments qui altèrent la motilité œsophagienne et le tonus du sphincter inférieur de l'œsophage (p. ex. inhibiteurs calciques, bêtabloquants, antidépresseurs tricycliques, anticholinergiques, théophyllines).

Éducation du client

- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence).
- Recommandez des changements alimentaires (diminution ou élimination du café, du thé, du chocolat, de la nicotine, de l'alcool et des aliments gras).
- Recommandez au client de prendre fréquemment de petits repas afin d'éviter la distension de l'estomac.
- Recommandez au client de ne rien manger 2-3 heures avant de se mettre au lit.
- Recommandez des modifications posturales (pour la journée et la nuit) afin d'empêcher l'acide gastrique de pénétrer dans l'œsophage.
- Recommandez au client d'éviter de se pencher à partir de la taille (surtout après les repas) et de s'étendre immédiatement après un repas.
- Recommandez au client d'éviter de porter des vêtements serrés.

Interventions chirurgicales antireflux

L'intervention chirurgicale antireflux est efficace chez 80 % des personnes atteintes de RGO chez qui elle est indiquée. L'intervention est indiquée dans les cas suivants : œsophagite par reflux réfractaire (chez un jeune client) et complications majeures, comme l'aspiration, la sténose récidivante ou des hémorragies gastro-intestinales.

Interventions pharmacologiques

RGO bénin

Antiacides pour soulager les symptômes :

hydroxyde d'aluminium/de magnésium (Maalox) (**médicament de classe A**), 30 ml PO après les repas et au coucher, puis au besoin

ou

aluminium/magnésium/siméthicone (Mylanta) (**médicament de classe A**), 30 ml PO après les repas et au coucher, puis au besoin

RGO modéré ou sévère

Inhibiteurs des récepteurs H_2 :

ranitidine (Zantac) (**médicament de classe C**), 150 mg PO bid pendant 6 semaines

ou

ranitidine (Zantac) (**médicament de classe C**), 300 mg PO au coucher pendant 6 semaines

Chez les personnes âgées ou qui souffrent d'une insuffisance rénale, réduire la dose de moitié ou des trois quarts par rapport à la dose habituelle.

Inhibiteurs de la pompe à protons

Les inhibiteurs de la pompe à protons (p. ex. Losec) sont une classe de médicaments utilisés pour traiter les symptômes rebelles du RGO. Ils sont plus efficaces pour guérir l'ulcère de l'œsophage et assurent la rémission des symptômes beaucoup mieux que les inhibiteurs des récepteurs H_2. Ces médicaments ne guérissent cependant pas l'œsophage de Barrett.

Le RGO modéré ou sévère requiert souvent un traitement d'entretien, car le taux de récidive est élevé (de 75 à 90 %). L'innocuité et le coût d'un traitement prolongé aux inhibiteurs de la pompe à protons doivent être pris en considération. La dose efficace la plus faible doit toujours être utilisée.

Surveillance et suivi

Suivi après 2-3 semaines; si le client va mieux, poursuivez le traitement pendant 6-8 semaines.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Consultez un médecin si le traitement ne soulage pas les symptômes.

ULCÈRE GASTRODUODÉNAL

DÉFINITION

Ulcère de la muqueuse de la partie supérieure du tube digestif; également appelé ulcère duodénal et ulcère d'estomac.

CAUSE

Infection bactérienne causée par *Helicobacter pylori*

Facteurs de risque

– Anti-inflammatoires
– Stress intense
– Gastrite chronique
– Maladie pulmonaire ou rénale chronique
– Tabagisme
– Facteurs génétiques

SYMPTOMATOLOGIE

– Les symptômes peuvent être vagues ou absents, classiques ou atypiques (certaines des personnes qui ont un ulcère gastroduodénal ne présentent aucun symptôme, alors que d'autres présentent les symptômes mais n'ont pas d'ulcère).
– Affection chronique bénigne avec une alternance de périodes d'exacerbation et de rémission
– Brûlures de l'épigastre, tiraillements, brûlures d'estomac
– Douleur d'intensité variable (légère à modérée)
– Douleur à proximité de la ligne médiane entre l'appendice xiphoïde et le nombril ou dans le quadrant supérieur droit de l'abdomen
– Les symptômes apparaissent 1-3 heures après les repas, lorsque l'estomac est vide.
– La douleur peut réveiller le client pendant son sommeil.
– Elle est vite soulagée par des aliments, du lait ou des antiacides.
– Nausées possibles
– La présence de méléna ou d'hématémèse annonce des complications.
– Évaluez la consommation d'alcool, d'AAS, d'anti-inflammatoires et de stéroïdes.

Selon l'évolution naturelle d'un ulcère bénin, il y a récidive dans les 2/3 des cas au cours de l'année qui suit le traitement.

OBSERVATIONS

Sensibilité épigastrique (légère)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

– Gastrite
– RGO
– Syndrome du côlon irritable
– Ulcère gastrique malin
– Diverticulite
– Pancréatite

COMPLICATIONS

– Pertes de sang chroniques
– Anémie ferriprive
– Douleur intense
– Hémorragie soudaine pouvant provoquer une hypotension
– Perforation
– Péritonite
– Occlusion de l'orifice gastrique

TESTS DIAGNOSTIQUES

– Analyse des selles : recherche de sang occulte
– Dosage de l'hémoglobine
– Analyse d'urine
– Détection de *H. pylori*

TRAITEMENT

Objectifs

– Soulager la douleur.
– Atténuer l'acidité gastrique.
– Favoriser la cicatrisation.
– Prévenir les complications.

Consultation

Consultez un médecin en présence de complications ou d'un saignement (*voir la section « Saignement gastro-intestinal » sous « Urgences gastro-intestinales » plus loin dans ce chapitre*).

Interventions non pharmacologiques

Éducation du client

- Expliquez la nature et l'évolution prévisible de la maladie.
- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, but et importance d'observer le traitement).
- Recommandez au client de prendre fréquemment de petits repas peu ou pas du tout épicés.
- Recommandez-lui d'éviter les aliments dont il sait qu'ils accentuent la douleur (p. ex. repas gras copieux).
- Recommandez-lui d'éviter les boissons qui renferment de la caféine (thé, café, colas).
- Recommandez-lui de ne pas consommer de l'alcool.
- Recommandez-lui d'éviter l'AAS et les autres anti-inflammatoires.
- Recommandez-lui de cesser de fumer.
- Conseillez le client sur les moyens de réduire le stress à la maison et au travail.
- Informez le client des signes de complications qui nécessitent une intervention immédiate.

Interventions pharmacologiques

Antiacides pour soulager les symptômes :

hydroxide d'aluminium/de magnésium (Maalox) ou aluminium/magnésium/siméthicone (Mylanta) (**médicament de classe A**), 30 ml PO 1 et 3 h après les repas, au coucher et au besoin

Pour réduire la production d'acide gastrique :

ranitidine (Zantac) (**médicament de classe C**), 150 mg PO bid pendant 6 semaines

ou

ranitidine (Zantac) (**médicament de classe C**), 300 mg PO au coucher pendant 6 semaines

Trithérapie contre *H. pylori*

Les personnes infectées par *H. pylori* doivent suivre une trithérapie en vue d'éradiquer cette bactérie, *conformément aux instructions du médecin*.

Surveillance et suivi

Revoyez le client après 2 semaines pour évaluer la réponse au traitement. Autre suivi après 4-6 semaines. Mettez fin au traitement médicamenteux si les symptômes ont disparu.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Dirigez le client vers un médecin si le traitement ne lui procure aucun soulagement ou en présence de complications.

CHOLÉCYSTOPATHIE : COLIQUE BILIAIRE ET CHOLÉCYSTITE

DÉFINITION

Les cholécystopathies comprennent les calculs biliaires asymptomatiques, la colique biliaire, la cholécystite, la lithiase cholédocienne et la cholangite.

La *cholécystite* est une inflammation de la vésicule biliaire habituellement causée par l'obstruction du canal cholédoque par un calcul biliaire (cholécystite lithiasique). L'inflammation peut être stérile ou d'origine bactérienne. L'obstruction peut être alithiasique ou causée par de la boue.

La *lithiase cholédocienne* survient lorsque les calculs biliaires se déposent dans le canal cholédoque; elle peut entraîner la cholangite et des infections ascendantes.

CAUSES

Colique hépatique

Des calculs biliaires obstruent temporairement le canal cystique ou pénètrent dans le canal cholédoque.

Cholécystite

Le canal cystique ou le canal cholédoque est obstrué pendant des heures ou les calculs irritent la vésicule biliaire. On pense que l'infection bactérienne est une conséquence et non une cause de la cholécystite.

Les micro-organismes les plus courants sont *E. coli*, les espèces du genre *Klebsiella* et les entérocoques. Les calculs du canal cholédoque (qui se rencontrent chez 10 % des personnes atteintes d'une cholécystopathie) sont secondaires (en provenance de la vésicule biliaire) ou primitifs (formés dans les conduits biliaires).

Facteurs de risque

Les femmes corpulentes en âge de procréer sont les plus sujettes aux calculs biliaires. Bien que les calculs biliaires et la cholécystite soient plus courants chez les femmes, les hommes qui présentent des calculs biliaires risquent davantage que les femmes de souffrir d'une cholécystite.

On ignore si le risque de calculs biliaires est supérieur chez les femmes enceintes ou qui ont plusieurs grossesses, ou si celles-ci présentent simplement davantage de symptômes.

Certains contraceptifs oraux et l'œstrogénothérapie peuvent augmenter le risque de calculs biliaires.

Les taux de calculs biliaires, de cholécystite et de calculs du canal cholédoque augmentent avec l'âge. On risque davantage d'observer des calculs biliaires asymptomatiques chez les personnes âgées, qui entraînent des complications sérieuses sans colique hépatique.

Les causes des calculs biliaires sont les mêmes à l'adolescence qu'à l'âge adulte; la prévalence de cette maladie est supérieure chez les filles et pendant la grossesse.

SYMPTOMATOLOGIE

La plupart des calculs biliaires (de 60 à 80%) sont asymptomatiques; les calculs de petite taille risquent davantage d'être symptomatiques. Presque tous les patients ressentent des symptômes avant que les complications apparaissent.

L'indigestion, l'éructation, le ballonnement et l'intolérance aux aliments gras seraient des symptômes typiques de calculs biliaires. Or ces symptômes sont tout aussi courants chez les personnes qui n'ont pas de calculs biliaires et, dans bien des cas, une cholécystectomie ne les supprime pas.

Colique hépatique

– 1-5 heures de douleur constante siégeant communément à l'épigastre ou dans le quadrant supérieur droit
– La douleur peut irradier vers l'épaule antérieure droite et parfois le dos.
– Le client a tendance à bouger pour soulager la douleur.
– La douleur se manifeste des heures après un repas, souvent la nuit et réveille le client.
– L'irritation péritonéale par contact direct avec la vésicule biliaire situe la douleur dans le quadrant supérieur droit.
– La douleur est intense, sourde ou térébrante et constante (elle ne ressemble pas à une colique).
– Les nausées, les vomissements, la douleur pleurétique et la fièvre sont des symptômes associés .

Cholécystite

– La persistance de l'obstruction biliaire mène à une cholécystite.
– Douleur persistante dans le quadrant supérieur droit
– La douleur est semblable à la colique biliaire, sauf qu'elle est prolongée et dure des heures ou des jours.
– On associe plus communément les nausées, les vomissements et une faible fièvre à une cholécystite.

OBSERVATIONS

– Les signes vitaux correspondent au degré de la maladie.
– Les signes vitaux sont relativement normaux dans un cas de colique biliaire.
– La tachycardie ou l'hypotension (ou les deux) et la fièvre sont plus fréquentes dans les cas de cholangite.
– Absence possible de fièvre, surtout chez les personnes âgées
– Ictère (chez moins de 20 % des patients)

Examen de l'abdomen dans les cas de colique biliaire et de cholécystite

– Sensibilité au niveau de l'épigastre et du quadrant supérieur droit
– Signe de Murphy (pause inspiratoire à la palpation du quadrant supérieur droit, épreuve spécifique mais non sensible pour une cholécystopathie)
– Défense musculaire à la palpation
– Plénitude dans le quadrant supérieur droit perceptible à la palpation

Comme dans tous les cas de douleur abdominale, on doit effectuer un examen physique complet (y compris l'examen rectal et l'examen pelvien chez les femmes). Une cholécystite ou une cholangite occulte peut être la source de fièvre, de septicémie ou d'altérations de l'état mental chez les personnes âgées et les diabétiques.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

– Appendicite
– Occlusion intestinale aiguë
– Cholangite de l'intestin grêle
– Cholélithiase
– Maladie diverticulaire
– Gastro-entérite
– Hépatite
– Affection intestinale inflammatoire
– Infarctus mésentérique
– Infarctus du myocarde
– Pancréatite
– Pneumonie bactérienne
– Éclampsie
– Vomissements de la grossesse
– Infection urinaire
– Calculs rénaux

COMPLICATIONS

Colique biliaire

– Cholécystite

Cholécystite aiguë

– Perforation
– Gangrène
– Péritonite
– Cholangite
– Abcès
– Fistule
– Hépatite
– Pancréatite
– Iléus

TESTS DIAGNOSTIQUES

Les analyses de laboratoire seront choisies en fonction du fait que le client va suffisamment bien pour être traité en clinique externe ou nécessite d'être hospitalisé. Les résultats des analyses devraient être parfaitement normaux dans les cas de cholélithiase ou de colique biliaire.

- La numération des globules blancs et les tests de la fonction hépatique (dosage de l'ALAT, de l'ASAT, de la bilirubine et des phosphatases alcalines) peuvent être utiles au diagnostic de la cholécystite.
- Un taux élevé de globules blancs est prévisible, mais ce n'est pas une indication fiable; une valeur normale n'élimine pas toutefois la possibilité d'une cholécystite.
- Un taux de bilirubine supérieur à 3,5 µmol/l peut révéler la présence de calculs dans le canal cholédoque ou d'une cholangite ascendante.
- Une légère augmentation du taux d'amylase (jusqu'à 3 fois la concentration normale) peut accompagner la cholécystite, surtout dans un cas de gangrène.
- Analyse d'urine
- Test de grossesse chez les femmes en âge de procréer

TRAITEMENT DE LA COLIQUE BILIAIRE

Objectifs

- Soulager la douleur, les nausées et les vomissements.
- Prévenir les complications.

Consultation

Consultez un médecin si la douleur ou les vomissements importants persistent, ou si le client fait de la fièvre car ces symptômes peuvent annoncer des complications.

Interventions non pharmacologiques

- Repos au lit
- Diète liquide si le client vomit

Éducation du client

- Expliquez l'évolution et le pronostic de la maladie.
- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence).
- Recommandez un régime à faible teneur en gras (aliments que le client tolère), lorsque la douleur a disparu.

Interventions pharmacologiques

Analgésie

La douleur primaire doit être soulagée au moyen d'antispasmodiques anticholinergiques :

butylbromure de scopolamine (Buscopan) (**médicament de classe C**), 10 mg toutes les 6 h au besoin

La douleur secondaire doit être soulagée au moyen de la mépéridine; ne pas utiliser de morphine car celle-ci peut augmenter le tonus du sphincter d'Oddi :

mépéridine (Demerol) (**médicament de classe D**), 50-100 mg IM toutes les 3-4 h au besoin

Antiémétiques contre les nausées et les vomissements :

dimenhydrinate (Gravol) (**médicament de classe A**), 25-50 mg IM toutes les 4-6 h au besoin

Surveillance et suivi

Observez le client pendant quelques heures. Une fois que les nausées et les vomissements ont cessé, faites-lui prendre des liquides clairs.

Il est recommandé de faire un suivi après 24 heures. Si la douleur augmente, si le client se met à faire de la fièvre ou s'il est incapable de tolérer l'ingestion de liquides par voie orale en raison des vomissements, faites comme s'il s'agissait d'une cholécystite aiguë.

TRAITEMENT DE LA CHOLÉCYSTITE

Objectifs

- Soulager la douleur, les nausées et les vomissements.
- Prévenir les complications.

Consultation

Consultez un médecin si la douleur ou les vomissements importants persistent, ou si le client se met à faire de la fièvre car ces symptômes peuvent annoncer des complications.

Traitement adjuvant

Si le client est extrêmement souffrant (le diagnostic différentiel comprend un anévrisme de l’aorte abdominale) ou s’il présente une hypotension ou une fièvre évocatrice d’une cholécystite ou d’une cholangite, les soins préhospitaliers doivent comprendre les mesures suivantes :

- Oxygénothérapie, si l’état du patient est instable au moment de la consultation
- Perfusion de soluté physiologique (réglez le débit de perfusion en fonction de l’âge, de l’état d’hydratation et des problèmes de santé préexistants du patient).
- Mise en place de deux tubulures de gros calibre et administration de liquides par voie IV aux patients dont l’état est instable

Interventions non pharmacologiques

- Repos au lit
- Ne rien administrer par voie orale.
- Mettre en place une sonde nasogastrique avec drainage par gravité.

Interventions pharmacologiques

Analgésie

Plusieurs études récentes ont montré que le traitement précoce de la douleur dans les cas de douleur abdominale ne nuit pas à l’établissement du diagnostic. On doit donc soulager promptement la douleur, sans attendre le diagnostic ou l’avis du chirurgien.

Antispasmodiques anticholinergiques contre la douleur primitive :

butylbromure de scopolamine (Buscopan) (**médicament de classe C**), 10 mg toutes les 6 h au besoin

Utilisez de la mépéridine contre la douleur secondaire; n’utilisez pas de morphine, car celle-ci peut augmenter le tonus du sphincter d’Oddi :

mépéridine (Demerol) (**médicament de classe D**), 50-100 mg IM toutes les 3-4 h au besoin

Antiémétiques

dimenhydrinate (Gravol) (**médicament de classe D**), 25-50 mg IM toutes les 4-6 h

La mépéridine et le dimenhydrinate peuvent être mélangés dans la même seringue.

Antibiotiques

Dans un cas de cholécystite bénigne, l’inflammation est le principal problème; même si les antibiotiques ont un rôle prophylactique, ils sont habituellement utilisés.

Dans un cas de cholécystite aiguë (si le client fait de la fièvre et souffre beaucoup), faites un prélèvement sanguin à des fins de culture et amorcez l’antibiothérapie IV. Utilisez un antibiotique à large spectre :

ampicilline (Novo-Ampicillin) (**médicament de classe D**), 1,0 g IV toutes les 4-6 h

et

métronidazole (Flagyl) (**médicament de classe B**), 500 mg IV toutes les 6-8 h

ou

céfoxitine (Mefoxin) (**médicament de classe B**), 2,0 g IV toutes les 6-8 h seul

Chez les clients allergiques à la pénicilline, administrez seulement du métronidazole.

Surveillance et suivi

Surveillez la saturation en oxygène (oxymètre de pouls), les signes vitaux (souvent), la glycémie, l’apport liquidien et le débit urinaire.

La cholécystite grave peut dégénérer en septicémie ou en cholangite, surtout lorsqu’il s’agit d’un patient diabétique ou âgé chez qui le diagnostic peut être retardé.

Orientation vers d’autres ressources médicales

Procédez à l’évacuation médicale le plus tôt possible; l’avis d’un chirurgien est requis.

HERNIE

DÉFINITION

Protrusion d'un organe ou d'une partie d'organe de l'abdomen due à une faiblesse de la paroi abdominale.

CAUSES

- Faiblesse des muscles de la paroi abdominale
- Facteurs prédisposants : chirurgie abdominale, âge, soulèvement d'un poids lourd, toux chronique, effort chronique pour aller à la selle ou uriner

SYMPTOMATOLOGIE

- Présence d'un facteur prédisposant
- Masse molle insensible
- Absence de douleur
- La hernie est habituellement visible lorsque le patient est debout ou lorsqu'il force pour aller à la selle.
- La hernie disparaît quand le client est allongé.
- La douleur est signe de complication.
- Hernies courantes : inguinales (aine), abdominales (cicatricielles)

OBSERVATIONS

- Œdème possible à l'aine, pouvant s'étendre jusqu'au scrotum
- Œdème possible sur la partie supérieure antérieure de la cuisse (hernie crurale ou fémorale) ou sur l'abdomen
- La hernie n'est plus visible lorsque le client est allongé. Elle réapparaît en position debout ou à l'effort pendant les selles.
- Défaut de la paroi abdominale perceptible à la palpation
- On peut repousser la hernie dans l'abdomen (c.-à-d. la réduire) en la faisant repasser par l'ouverture de la paroi abdominale.

Il faut considérer qu'une masse inguinale douloureuse ou non réductible est une hernie étranglée jusqu'à preuve du contraire.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Hypertrophie d'un ganglion inguinal profond
- Hydrocèle
- Masse testiculaire
- Veine dilatée

COMPLICATIONS

- Hernie étranglée
- Occlusion intestinale

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Réduire l'œdème.
- Soutenir la paroi abdominale affaiblie.
- Atténuer l'inconfort.
- Prévenir la récidive et l'aggravation.

Consultation

Consultez immédiatement un médecin si la hernie n'est pas réductible, si elle est douloureuse ou si elle est associée à des signes et symptômes d'occlusion intestinale. Consultez immédiatement un médecin si une hernie crurale indolore est soupçonnée.

Interventions non pharmacologiques

Faites allonger le client et essayer de réduire la hernie inguinale ou cicatricielle en la manipulant avec précaution.

- Ne pas forcer.
- Ne jamais tenter de réduire une hernie crurale.
- Utilisez un bandage herniaire (abdomen ou aine) pour comprimer la hernie.

Éducation du client

- Expliquez au client la nature de la maladie, son évolution prévisible et la nécessité d'un suivi.
- Donnez une démonstration de la mise en place du bandage herniaire et incitez le client à le porter tous les jours.
- Donnez une démonstration des bonnes techniques de soulèvement.
- Expliquez au client les signes et les symptômes de complications, et conseillez-lui de revenir au poste de soins infirmiers s'ils apparaissent.

Interventions pharmacologiques

Analgésie contre l'inconfort :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 325 ou 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4-6 h au besoin

ou

acétaminophène avec codéine (Tylenol N° 2 avec codéine) (**médicament de classe C**), 1-2 comprimés PO toutes les 4 h au besoin (maximum de 15 comprimés)

Surveillance et suivi

Assurez le suivi qui s'impose jusqu'à la consultation avec le chirurgien. Surveillez les signes d'occlusion intestinale. *(Voir la section « Occlusion de l'intestin grêle ou du gros intestin » sous « Urgences gastro-intestinales » plus loin dans ce chapitre.)*

Orientation vers d'autres ressources médicales

Fixez un rendez-vous avec un médecin pour examiner la possibilité d'une chirurgie. Procédez à une évacuation médicale en présence de symptômes d'étranglement ou d'occlusion intestinale.

SYNDROME DU CÔLON IRRITABLE

DÉFINITION

Perturbation fonctionnelle de la motilité intestinale

CAUSE

- Essentiellement inconnue
- Facteurs prédisposants : fibres alimentaires insuffisantes, stress émotionnel, réaction ou allergie alimentaire, abus de laxatifs, antibiotiques

SYMPTOMATOLOGIE

- Apparaît généralement avant 40 ans
- Plus courant chez les femmes
- Symptômes vagues et durables
- Affection chronique avec alternance de périodes d'exacerbation et de rémission
- Diverses combinaisons de constipation, diarrhée, douleur abdominale et flatulence
- La constipation peut être le symptôme dominant.
- Gêne ou douleur diffuse dans la partie inférieure de l'abdomen
- Douleur d'intensité variable, pouvant persister de quelques heures à quelques jours.
- Les selles peuvent devenir plus fréquentes et être moins formées avec l'apparition de la douleur.
- Douleur exacerbée par les repas, la défécation, le stress
- Douleur soulagée par les selles
- Absence de fièvre, de perte pondérale ou de malaise
- Aucune répercussion sur les activités quotidiennes
- Absence de douleur nocturne et de diarrhée
- Absence de saignements du rectum et de sang dans les selles
- Présence fréquente de mucosités blanches

OBSERVATIONS

- Le client peut sembler en bonne santé ou légèrement incommodé.
- Distension possible de l'abdomen
- Augmentation ou diminution possible des bruits intestinaux
- Le côlon peut être sensible et « en forme de corde ».
- La compression du côlon peut susciter l'apparition des symptômes.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Constipation
- Maladie diverticulaire sans complications
- Gastro-entérite
- Intolérance alimentaire
- Affection intestinale inflammatoire
- Diarrhée ou constipation d'origine médicamenteuse
- Colique biliaire

COMPLICATIONS

- Symptômes abdominaux chroniques
- Absences du travail lors des accès de douleur

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Analyse de selles pour déceler la présence de sang occulte
- Échantillon de selles pour culture et antibiogramme
- Dosage de l'hémoglobine
- Analyse d'urine

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager les symptômes.
- Établir des habitudes d'évacuation intestinale régulières.
- Reconnaître ou modifier les sources de stress qui déclenchent les symptômes.

Interventions non pharmacologiques

Éducation du client

- Faites des recommandations alimentaires (p. ex. repas à des heures régulières, augmentation progressive de l'apport en fibres).
- Recommandez au client de consommer plus de fibres alimentaires (p.ex. son brut, pain brun, maïs soufflé, céréales All-Bran, Puffed Wheat ou Shredded Wheat). On doit commencer par une petite quantité de son brut , puis augmenter progressivement la consommation à ¼ ou ½ tasse par jour pour prévenir le ballonnement et la flatulence.
- Il convient d'éviter les aliments dont on sait qu'ils causent les symptômes (ces aliments varient d'une personne à l'autre).
- Recommandez au client de boire suffisamment lorsqu'il prend des suppléments de fibres.
- Recommandez au client de ne pas fumer ni prendre de médicaments contenant de la codéine.
- Enseignez des techniques de relaxation et soulignez l'importance de faire de l'exercice pour atténuer les symptômes dus au stress.
- Aidez le client à reconnaître les facteurs qui exacerbent ses symptômes.
- Aidez le client à prendre conscience des facteurs émotionnels identifiables.
- Offrez votre soutien et votre compréhension, car cette affection est fort mal connue.

Interventions pharmacologiques

Supplément de fibres :

muciloïde hydrophile de psyllium (Metamucil) (**médicament de classe A**), 1-2 c. à thé (5-10 ml) bid ou tid avec 8 oz (250 ml) de liquide

ou

psyllium (Prodiem Simple) (**médicament de classe A**), 1 c. à thé (5 ml) PO bid ou tid, puis 8 oz (250 ml) de liquide

Surveillance et suivi

- Suivi après 1-2 semaines
- Modifiez la quantité de fibres consommées par le client en fonction de sa réponse.
- Diminuez temporairement la consommation de fibres si la flatulence et les ballonnements sont importants.
- Augmentez l'apport en fibres si la réponse clinique est faible.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un médecin s'il présente des signes ou symptômes de maladie organique, ou si le traitement ne soulage pas les symptômes.

DIVERTICULOSE

DÉFINITIONS

Diverticule

Saillie de la paroi intestinale. Les pseudodiverticules sont les diverticules du côlon les plus courants; ce sont des hernies de la muqueuse ou de la sous-muqueuse à travers la musculaire aux sièges de pénétration des artères nourricières. La plupart des diverticules apparaissent au niveau du côlon sigmoïde et du côlon descendant.

Diverticulose

Présence de plusieurs diverticules, ce qui ne sous-entend pas un état pathologique.

SYMPTOMATOLOGIE

- Dans la plupart des cas, les diverticules du côlon sont asymptomatiques.
- Certaines personnes souffrent d'une douleur chronique ou intermittente au niveau du quadrant inférieur gauche.
- Constipation ou diarrhée
- Les symptômes se confondent avec ceux du syndrome du côlon irritable.

OBSERVATIONS

- Sensibilité possible
- Côlon sigmoïde ferme contenant des matières fécales dans le quadrant inférieur gauche
- L'examen rectal peut révéler la présence de selles fermes et exemptes de sang occulte (résultats négatifs au test au guaïac).

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Syndrome du côlon irritable
- Diverticulite
- Cancer du côlon
- Affection intestinale inflammatoire
- Trouble urologique ou gynécologique

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Les tests ne sont peut-être pas indiqués si les symptômes sont bénins et que le client est par ailleurs bien portant.
- Lorsque les symptômes sont sévères ou en présence de sang occulte dans les selles, d'une perte pondérale ou d'autres symptômes inquiétants, on doit obtenir une formule sanguine.
- Consultez un médecin au sujet d'une sigmoïdoscopie, un lavement baryté ou une coloscopie.

TRAITEMENT

- Semblable au traitement du syndrome du côlon irritable.
- Recommandez un régime alimentaire riche en fibres.
- Recommandez d'éviter les laxatifs cathartiques.

Interventions non pharmacologiques

- Faites des recommandations alimentaires (p. ex. repas réguliers, augmentation progressive de l'apport en fibres).
- Recommandez au client de consommer plus de fibres alimentaires (p.ex. son brut, pain brun, maïs soufflé, céréales Al-Bran, Puffed Wheat ou Shredded Wheat). Pour prévenir le ballonnement et la flatulence, commencer par une petite quantité de son brut, puis augmenter la consommation jusqu'à ¼ ou ½ tasse par jour.
- Il convient d'éviter les aliments dont on sait qu'ils déclenchent les symptômes (ces aliments varient d'une personne à l'autre).
- Recommandez au client de boire suffisamment lorsqu'il prend des suppléments de fibres.
- Recommandez au client de ne pas fumer ni prendre de médicaments qui contiennent de la codéine.

Interventions pharmacologiques

Supplément de fibres :

muciloïde hydrophile de psyllium (Metamucil) (**médicament de classe A**), 1-2 c. à thé (5-10 ml) bid ou tid avec 8 oz (250 ml) de liquide

ou

psyllium (Prodiem Simple) (**médicament de classe A**), 1 c. à thé (5 ml) PO bid ou tid, puis 8 oz (250 ml) de liquide

Surveillance et suivi

- Suivi après 1-2 semaines
- Modifiez la quantité de fibres consommée en fonction de la réponse au traitement.
- Diminuer temporairement la consommation de fibres si la flatulence et les ballonnements sont importants.
- Augmentez l'apport en fibres si la réponse clinique est faible

Orientation vers d'autres ressources médicales

Consultez un médecin en présence de signes et de symptômes d'une maladie organique, ou si le traitement ne soulage pas les symptômes.

DIVERTICULITE

DÉFINITION

Inflammation et infection d'une ou plusieurs diverticules.

SYMPTOMATOLOGIE

- Douleur abdominale pouvant apparaître brutalement, mais se constituant le plus souvent en quelques heures ou quelques jours et s'accompagnant d'une douleur dans le quadrant inférieur gauche.
- Fièvre et frissons
- Tachycardie
- Anorexie
- Nausées et vomissements

OBSERVATIONS

- Fièvre
- Tachycardie
- Abdomen sensible à la palpation et sensibilité possible à la décompression
- Présence possible d'une masse perceptible indiquant un abcès ou phlegmon (inflammation)
- Présence possible de bruits intestinaux dans un cas d'occlusion partielle; bruits intestinaux rares ou absents dans un cas de péritonite
- L'examen rectal peut aider à localiser l'abcès ou la masse inflammatoire.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Appendicite
- Affection intestinale inflammatoire
- Colite ischémique
- Cancer du côlon
- Autres causes d'occlusion intestinale
- Troubles urologiques ou gynécologiques

COMPLICATIONS

- Abcès
- Perforation
- Fistule
- Péritonite
- Septicémie

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Analyse des selles pour déceler la présence de sang occulte
- Analyse d'urine

TRAITEMENT

Objectifs

– Reposer les intestins.
– Soulager les symptômes.
– Prévenir les complications.

Consultation

Consultez un médecin.

Interventions non pharmacologiques

– Ne rien administrer par voie orale.
– Mise en place d'une sonde nasogastrique

Traitement adjuvant

Amorcer un traitement IV avec un soluté physiologique pour maintenir l'équilibre hydrique si les symptômes sont modérés ou sévères.

Interventions pharmacologiques

– Administrez des antibiotiques à large spectre comme l'ampicilline, la gentamicine, la clindamycine ou la céfoxitine; consultez un médecin avant de commencer l'antibiothérapie IV.
– L'administration des antibiotiques doit se poursuivre pendant 7-10 jours.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale. La chirurgie peut s'imposer en cas de péritonite, avec ou sans signe de perforation, d'occlusion non résolue ou de fistule. La chirurgie est également indiquée si l'état du patient ne s'est pas amélioré après plusieurs jours de soins médicaux ou si un traitement réussi a été suivi d'une rechute.

URGENCES GASTRO-INTESTINALES

DOULEUR ABDOMINALE (AIGUË)

SYMPTOMATOLOGIE

Pour établir le diagnostic, il est utile de connaître l'emplacement, l'origine, le type d'irradiation, le moment d'apparition et la nature de la douleur ainsi que les symptômes qui y sont associés. La symptomatologie des règles doit aussi être obtenue.

SYMPTÔMES ASSOCIÉS

- Une perte pondérale peut être signe d'une tumeur maligne ou de malabsorption.
- Des vomissements peuvent avoir un lien avec une occlusion ou un volvulus de l'intestin grêle.
- La diarrhée et la constipation peuvent être signe d'affection intestinale inflammatoire, de cancer, de constipation opiniâtre ou de malabsorption.
- Un méléna ou l'évacuation de sang par le rectum dénote un saignement gastro-intestinal pouvant être associé à un ulcère gastroduodénal, à des varices œsophagiennes, au cancer du côlon ou à la prise de certains médicaments.
- Hémoculture des selles; si les résultats sont négatifs, envisagez une cause alimentaire (p. ex. Kool-Aid, betteraves) ou médicamenteuse (fer).
- Un ictère peut être signe de cancer du pancréas (indolore), d'hépatite, d'hémolyse, de drépanocytose (déficit en G-6-PD [glucose-6-phosphatase déshydrogénase]), d'hépatite alcoolique, lithiase du cholédoque ou de cirrhose biliaire primitive.
- Troubles urinaires (dysurie, fréquence, mictions impérieuses, hématurie)
- Certains troubles rénaux s'accompagnent souvent de douleur abdominale; envisagez une urolithiase, une infection urinaire ou une torsion du testicule.
- Activité sexuelle, dernières règles, utilisation de contraceptifs, antécédents de MTS, perte vaginale, saignotements ou saignements; envisagez une grossesse extra-utérine, une infection génitale haute, une torsion de l'ovaire ou la rupture d'un kyste ovarien.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

- Autres maladies graves
- Antécédents de chirurgie
- Études déjà effectuées pour évaluer des problèmes abdominaux
- Antécédents familiaux de symptômes semblables
- Médicaments, surtout digoxine, théophylline, stéroïdes et tétracycline (pour des ulcères de l'œsophage) et analgésiques, antipyrétiques, antiémétiques, barbituriques, diurétiques, alendronate (pour des ulcères de l'œsophage)

EXAMEN PHYSIQUE

Signes vitaux

- Signes d'état de choc, d'infection (fièvre)
- Signes de déshydratation, avec muqueuses asséchées et maintien du pli cutané

Examen de l'abdomen

Inspection

Abdomen scaphoïde ou distendu, emplacement de la douleur la plus intense, hernie, cicatrices

Auscultation

- Des bruits intestinaux aigus évoquant une occlusion.
- L'absence de bruits intestinaux est signe d'iléus.

Palpation et percussion

- Rigidité musculaire (volontaire ou involontaire)
- Sensibilité localisée, masses, pulsation, hernies, irritation du péritoine (la toux ou un saut peuvent aussi provoquer un phénomène de « décompression »)
- Défense musculaire involontaire
- Signe de l'obturateur interne (douleur à la rotation interne et externe de la hanche)
- Signe du psoas (douleur ressentie en soulevant une jambe tenue droite à l'aide de l'obturateur; peut être un signe d'abcès)
- Signe de Murphy (douleur au niveau du quadrant supérieur droit lorsque l'inspiration est accompagnée d'une pression sur le foie)
- Dimensions du foie et de la rate
- Sensibilité au niveau de l'angle costo-vertébral
- Examen pelvien chez la femme
- Examen rectal pour éliminer la possibilité de saignement gastro-intestinal, de prostatite, etc., (l'examen rectal doit servir à compléter le tableau clinique)
- L'absence de sensibilité au niveau du rectum n'exclut pas et ne confirme pas un diagnostic d'appendicite.

TESTS DIAGNOSTIQUES (S'ILS SONT DISPONIBLES)

- Hémoglobine
- Numération des globules blancs
- Analyse d'urine
- Test de grossesse chez la femme en âge de procréer, sauf si elle a subi une hystérectomie
- Radiographie pulmonaire (si possible) pour éliminer la possibilité de pneumonie

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Tableau 2 : Diagnostic différentiel de la douleur abdominale

Diagnostic	Localisation habituelle de la douleur	Remarques
Hépatite, abcès sous-phrénique, abcès hépatique	QSD; pouvant irradier dans l'épaule droite	Taux élevé d'enzymes hépatiques, ictère
Cholécystite, cholélithiase, cholangite	QSD, région médiane de l'épigastre; irradiant dans le dos et l'omoplate droite	Apparition soudaine avec nausées associées
Pancréatite	Région médiane de l'épigastre; irradiant dans le dos	Peut s'accompagner de signes de péritonite
Ulcère duodénal ou gastrique	Région médiane de l'épigastre, QSG; irradiant dans le dos si l'ulcère est à l'arrière, péritonite avec perforation	
Hématome de la rate ou splénomégalie	QSG	Hypotension et péritonite s'il y a rupture
Anévrisme de l'aorte	Péri-ombilicale, surtout les flancs dorsaux; peut se présenter sous la forme d'une douleur épigastrique ou dorsale, d'une douleur au flanc ou à la hanche	Peut s'apparenter à la colique; hypotension s'il y a rupture
Appendicite	Au début : région péri-ombilicale; plus tard : QID	Peut s'accompagner de manifestations péritonéales, surtout chez les personnes âgées
Maladie de Crohn ou colite ulcéreuse	QID, mais pouvant se présenter dans le QIG	Diarrhée (avec sang dans un cas de colite ulcéreuse), crampes, accélération de la vitesse de sédimentation
Adénite mésentérique	QID	Douleur secondaire à l'hypertrophie des ganglions mésentériques due à une pharyngite streptococcique
Péritonite bactérienne spontanée	Généralisée, s'accompagnant de manifestations péritonéales	Habituellement chez un alcoolique, une personne avec une sonde à demeure ou en dialyse
Diverticulite	Généralement dans le QIG, très rarement dans le QID; parfois généralisée	Diagnostic clinique (douleur + diarrhée, vomissements, fièvre)
Diverticule de Meckel	En-dessous ou à gauche de l'ombilic	Peut survenir à répétition; s'accompagne de saignements rectaux ou d'occlusion intestinale
Urolithiase ou néphrolithiase	Un flanc ou l'autre; peut irradier dans les grandes lèvres ou les testicules	Colique; présence possible de sang dans l'urine; pyélographie intraveineuse nécessaire
Cystite	Sus-pubienne	L'analyse d'urine peut révéler la présenc de sang et de leucocytes
Affection gynécologique (kyste ovarien, torsion de l'ovaire, grossesse extra-utérine, syndrome intermenstruel, infection génitale haute)	Douleur dans le bassin, dans une région annexielle; irradiant vers l'aine; pouvant aussi irradier vers l'épaule droite s'il y a saignement dans le péritoine libre	Test de grossesse, cultures de prélèvements du col, échographie pour éliminer le risque de grossesse extra-utérine, si cette possibilité existe
Maladie métabolique comme l'acidocétose diabétique, la maladie d'Addison	Douleur pouvant être diffuse, défense musculaire possible	Associée à des nausées, des vomissements
Pneumonie	Peut ressembler à une appendicite	Toux et douleur thoracique pouvant auss être présentes
Cardiopathie	Peut se manifester par une douleur au niveau de l'épigastre	ECG pour éliminer le risque de cardiopathie, surtout en présence de facteurs de risque; peut être confondue avec le reflux gastro-œsophagien

QSD = quadrant supérieur droit, QSG = quadrant supérieur gauche, QID = quadrant inférieur droit, QIG = quadrant inférieur gauche, ECG = électrocardiogramme

Voir le tableau 2

TRAITEMENT

Décision initiale

Décision d'admettre et de garder en observation le client, de lui donner son congé ou de demander l'avis d'un chirurgien.

Consultation

Consultez un médecin si le diagnostic n'est pas clair et le tableau clinique semble sérieux.

Interventions non pharmacologiques

- Ne rien administrer par la bouche tant que le diagnostic n'est pas certain
- Sonde nasogastrique dans les cas de vomissements, de saignements ou d'occlusion intestinale soupçonnée
- Sonde de Foley

Traitement adjuvant

- Amorcez un traitement avec du soluté physiologique en tenant compte des pertes hydriques prévisibles et de l'état d'hydratation du patient.
- Hydratez en conséquence.

Interventions pharmacologiques

Malgré l'enseignement classique en chirurgie, qui veut que l'administration d'un analgésique risque de compliquer le diagnostic de la douleur abdominale en situation d'urgence, la littérature médicale ne corrobore pas cette hypothèse. Bien au contraire, le soulagement de la douleur permettrait même de préciser le diagnostic et, par conséquent, d'éviter des interventions chirurgicales inutiles.

Les médicaments seront choisis en fonction de la présentation et de l'intensité de la douleur telles que décrites par le client.

Surveillance et suivi

- Surveillez attentivement la douleur, l'ABC, les signes vitaux et toute perte hydrique connexe.
- Une série d'examens effectués dans les heures qui suivent peut clarifier le diagnostic.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à une évacuation médicale si le diagnostic est incertain et que l'état du client justifie une évaluation d'urgence.

PANCRÉATITE (AIGUË)

DÉFINITION

Inflammation du pancréas.

CAUSES

- Consommation excessive ou chronique d'alcool
- Épisode récent d'abus d'alcool
- Cholécystite aiguë
- Traumatisme abdominal
- Ulcère duodénal pénétrant

SYMPTOMATOLOGIE

- Douleur abdominale térébrante et constante
- Douleur siégeant au niveau de l'épigastre et dans la région péri-ombilicale.
- Douleur irradiant vers le dos, les flancs, le bas de l'abdomen et le thorax
- La douleur est atténuée en position assise ou lorsque le client se redresse ou se penche vers l'avant; la douleur est exacerbée en position couchée.
- Nausées, vomissements, distension de l'abdomen
- Antécédents d'affections ou de calculs biliaires
- Utilisation antérieure ou actuelle de diurétiques thiazidiques, d'œstrogènes, de stéroïdes avec azathioprine, de sulfasalazine

OBSERVATIONS

- Fièvre
- Fréquence cardiaque accélérée
- La tension artérielle peut être basse.
- Hypotension orthostatique possible
- Client anxieux, en détresse aiguë
- La position couchée exacerbe la douleur.
- Distension possible de l'abdomen
- Les bruits intestinaux sont amoindris ou absents (iléus paralytique)
- Signes respiratoires possibles : crépitations de la base, atélectasie à gauche, épanchement pleural
- Sensibilité aiguë avec défense et rigidité musculaires
- Sensibilité à la décompression

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Ulcère gastroduodénal
- Gastrite sévère
- Cholécystite
- Pneumonie du lobe inférieur
- Occlusion intestinale

COMPLICATIONS

- Hypotension
- État de choc
- Iléus paralytique
- Septicémie
- Hyperglycémie
- Détresse respiratoire de l'adulte
- Décès

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Glycémie (peut être élevée)
- Analyse d'urine
- Numération des globules blancs (si possible)

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager les symptômes.
- Maintenir l'état d'hydratation.
- Prévenir les complications.

Consultation

Consultez un médecin pour l'établissement du diagnostic et du plan de traitement.

Interventions non pharmacologiques

- Repos au lit
- Ne rien administrer par voie orale.
- Mise en place d'une sonde nasogastrique.
- Mise en place d'une sonde urinaire.

Traitement adjuvant

- Amorcez une perfusion avec une tubulure de gros calibre (14 ou 16) et administrez du soluté physiologique; remplacez les pertes liquidiennes (*voir la section « État de choc » dans le chapitre 14 « Urgences générales et traumatismes majeurs »).*
- Réglez le débit de perfusion en fonction du pouls, de l'hypotension orthostatique et de la tension artérielle systolique.
- Visez un pouls < 100 puls/min et une tension artérielle systolique > 100 mm Hg.

Interventions pharmacologiques

Analgésiques :

méperidine (Demerol) (**médicament de classe D**), 50-100 mg IM

Antiémétiques :

dimenhydrinate (Gravol) (**médicament de classe A**), 50 mg IM toutes les 6 h au besoin

Surveillance et suivi

- Mesurez le débit urinaire à l'heure; adaptez le débit de perfusion de façon à maintenir le débit urinaire.
- Surveillez la glycémie (l'hyperglycémie est fréquente).
- Vérifiez souvent le pouls et la tension artérielle jusqu'à ce que l'état du patient soit stable — *soyez à l'affût des signes d'état de choc.*
- Le sevrage alcoolique est à surveiller lorsqu'une surconsommation récente d'alcool est à l'origine de la pancréatite.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale le plus tôt possible.

APPENDICITE

DÉFINITION

Inflammation de l'appendice

CAUSE

Occlusion de l'ouverture de l'appendice par les selles. L'infection peut survenir par la suite.

SYMPTOMATOLOGIE

Voici les caractéristiques classiques de l'appendicite aiguë; le client peut toutefois se plaindre de diverses formes de douleur abdominale, rectale et dorsale selon l'emplacement de l'appendice.

- Douleur péri-ombilicale ou épigastrique vague, diffuse
- La douleur se déplace vers le quadrant inférieur droit au cours des heures suivantes.
- Anorexie
- Nausées
- Vomissements possibles quelques heures après l'apparition de la douleur
- Présence possible d'une faible fièvre
- Pollakiurie, dysurie et diarrhée possibles si l'extrémité de l'appendice irrite la vessie ou l'intestin.
- Chez les femmes, notez la date des dernières règles et toute irrégularité menstruelle récente.

OBSERVATIONS

Le tableau clinique varie selon que le client consulte à un stade précoce ou avancé du processus morbide.

- Température légèrement élevée
- Fréquence cardiaque accélérée (elle peut être normale à un stade précoce)
- Le client peut être peu ou très souffrant.
- Le client se tient le ventre, marche lentement, un peu penché vers l'avant.
- Les bruits intestinaux varient : augmentés ou normaux au stade précoce; diminués ou absents au stade avancé.
- Sensibilité localisée dans le quadrant inférieur droit
- Défense musculaire dans le quadrant inférieur droit
- Sensibilité possible à la décompression
- Examen rectal : sensibilité dans le quadrant inférieur droit si l'extrémité de l'appendice est près du rectum
- Le signe du psoas est positif.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

L'appendicite est renommée pour être trompeuse. Les signes et les symptômes véritables varient en fonction de l'emplacement de l'appendice dans l'abdomen.

- Gastro-entérite
- Maladie de Crohn
- Calcul dans l'uretère
- Syndrome intermenstruel (rupture d'un kyste folliculaire)
- Grossesse extra-utérine
- Infection génitale haute
- Torsion d'un kyste ovarien
- Pyélonéphrite
- Colique biliaire
- Cholécystite
- Ulcère gastroduodénal

COMPLICATIONS

- Abcès
- Péritonite localisée
- Perforation
- Péritonite généralisée
- Septicémie

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Numération des globules blancs, si possible
- Analyse d'urine

TRAITEMENT

Objectifs

- Maintenir l'état d'hydratation.
- Prévenir les complications.

Consultation

Consultez un médecin le plus tôt possible.

Interventions non pharmacologiques

- Repos au lit
- Ne rien administrer par la bouche.
- Mise en place d'une sonde nasogastrique si l'abdomen est distendu.

Traitement adjuvant

- Amorcez un traitement IV avec un soluté physiologique.
- Réglez le débit de perfusion en fonction de l'âge et de l'état de déshydratation du patient.

Interventions pharmacologiques

Malgré l'enseignement classique en chirurgie, qui veut que l'administration d'un analgésique risque de compliquer le diagnostic de la douleur abdominale en situation d'urgence, la littérature médicale ne corrobore pas cette hypothèse. Bien au contraire, le soulagement de la douleur permettrait de préciser le diagnostic et, par conséquent, d'éviter des interventions chirurgicales inutiles.

Analgésique :

méperidine (Demerol) (**médicament de classe D**), 50-100 mg IM

Si le transfert du patient est retardé, consultez un médecin au sujet de l'instauration d'une antibiothérapie :

ampicilline (Novo-Ampicillin) (**médicament de classe D**), 1,0 g IV toutes les 4-6 h

et

métronidazole (Flagyl) (**médicament de classe B**), 500 mg IV toutes les 6-8 h

Dans les cas d'allergie à la pénicilline, administrez uniquement du métronidazole.

Surveillance et suivi

Vérifiez souvent les signes vitaux et l'état général du client.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale le plus tôt possible; la consultation d'un chirurgien s'impose.

OCCLUSION DE L'INTESTIN GRÊLE OU DU GROS INTESTIN

DÉFINITION

Occlusion de l'intestin grêle ou du gros intestin (partielle ou complète, d'origine mécanique ou paralytique).

CAUSES

- Intestin grêle : hernie étranglée (40 %), adhérences (30 %), cancer, maladie de Crohn
- Gros intestin : cancer (70%), volvulus, diverticulite, fécalome

SYMPTOMATOLOGIE

- Douleur
- Vomissements
- Incapacité d'évacuer des selles ou des gaz
- Ballonnement
- Autres symptômes déterminés par le processus morbide

Les symptômes exacts dépendent de l'emplacement et de la sévérité de l'occlusion. Plus l'occlusion est haute, plus les symptômes sont aigus et d'apparition brutale.

Occlusion de l'intestin grêle

- Douleur modérée ou sévère
- Périodes intermittentes de douleur
- Bien-être relatif entre les périodes de douleur
- Les vomissements sont fréquents, violents et bilieux lorsque l'occlusion est haute.
- Vomissements excrémentiels dans un cas d'occlusion basse.
- Le ballonnement de l'abdomen varie; il est important lorsque l'occlusion est basse.
- Diminution des selles et des gaz
- Faiblesse

Occlusion du gros intestin

- Douleur moyennement intense (habituellement moins aiguë que dans l'occlusion de l'intestin grêle)
- Colique
- La distension survient promptement et elle peut être sévère.
- Habituellement, les vomissements surviennent tard et sont rares, et ils peuvent être excrémentiels.
- Diminution ou absence de selles et de gaz
- Douleur intense et soudaine caractéristique d'un volvulus

Iléus paralytique

- Occlusion de l'intestin due à la paralysie du muscle de la paroi intestinale, par suite d'une péritonite généralisée, d'une inflammation aiguë de l'abdomen, d'une lésion thoracique grave ou d'une affection aiguë.
- La distension de l'abdomen, modérément incommodante, est un symptôme dominant.
- Absence de douleur
- Vomissements fréquents ou régurgitation du contenu de l'estomac
- Abdomen distendu « silencieux» à l'examen

OBSERVATIONS

- Fréquence cardiaque normale ou accélérée
- Respiration normale ou accélérée
- Tension artérielle normale ou basse
- Hypotension orthostatique possible
- Le client semble légèrement à gravement malade.
- Le client se plie en deux lors des accès de douleur s'il y a occlusion de l'intestin grêle.
- Le client est pâle, anxieux et en sueur.
- Degrés divers de distension abdominale
- Une hernie peut être visible.
- Des contractions de la paroi intestinale (péristaltisme) peuvent être observées.
- Bruits intestinaux augmentés dans les premiers stades
- Poussées péristaltiques, tintements aigus présents
- Au stade avancé, les bruits intestinaux sont diminués ou absents.
- Sensibilité possible due à la distension
- Présence possible d'une hernie ou d'une masse sensible localisée
- Absence de sensibilité à la décompression et de rigidité, sauf s'il y a perforation, péritonite ou étranglement
- Examen rectal : présence possible de sang ou de selles, possibilité que le rectum soit vide
- Examinez tous les orifices herniaux, y compris les deux anneaux cruraux.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Gastro-entérite
- Appendicite
- Affection intestinale inflammatoire avec distension
- Ulcère perforé
- Pancréatite

COMPLICATIONS

- Perforation
- Péritonite
- Segment étranglé de l'intestin
- Septicémie
- Hypotension, état de choc
- Décès

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Recherche de sang occulte dans les selles.
- Analyse d'urine.
- Dosage de l'hémoglobine (facultatif; il peut faciliter l'établissement du diagnostic et orienter le traitement).

TRAITEMENT

Objectifs

- Enrayer la distension.
- Maintenir l'état d'hydratation.
- Prévenir les complications.

Consultation

Consultez un médecin le plus tôt possible.

Interventions non pharmacologiques

- Repos au lit
- Ne rien administrer par la bouche.
- Mise en place d'une sonde nasogastrique avec drainage par succion ou par gravité.
- Mise en place d'une sonde urinaire; mesurer le débit urinaire à l'heure.

Traitement adjuvant

- Amorcez un traitement IV à l'aide d'une tubulure de gros calibre (14 ou 16); administrez du soluté physiologique; remplacez les pertes volumiques.
- Réglez le débit de perfusion en fonction du poids, de l'hypotension orthostatique, de la tension artérielle, de l'état d'hydratation, de l'âge et des problèmes de santé préexistants du patient (*voir la section « État de choc » dans le chapitre 14 « Urgences générales et traumatismes majeurs »*).
- Visez un pouls < 100 puls/min et une tension artérielle systolique > 100 mm Hg.

Interventions pharmacologiques

Il peut être sage d'amorcer une antibiothérapie IV si le transfert du client est retardé. Discutez-en d'abord avec le médecin, si possible.

Antibiotiques de choix :

ampicilline (Novo-Ampicillin) (**médicament de classe D**), 1,0 g IV toutes les 4-6 h

et

métronidazole (Flagyl) (**médicament de classe B**), 500 mg IV toutes les 6-8 h

Chez les clients allergiques à la pénicilline, utilisez seulement du métronidazole.

L'administration d'un analgésique peut être nécessaire :

mépéridine (Demerol) (**médicament de classe D**), 50-100 mg IM

Surveillance et suivi

Vérifiez fréquemment l'ABC, les signes vitaux, le débit urinaire et l'état général du patient.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale le plus tôt possible.

SAIGNEMENT GASTRO-INTESTINAL (SUPÉRIEUR ET INFÉRIEUR)

DÉFINITION

Perte sanguine soudaine et rapide du tractus digestif, qui est une complication d'un autre processus morbide.

CAUSES

Voir le tableau 3

SYMPTOMATOLOGIE

- Il y a habituellement des antécédents de maladie gastro-intestinale.
- Hématémèse (vomissement de sang de teinte rouge vif ou marc de café)
- Méléna (selles noires poisseuses)
- Rectorragie (sang rouge vif)
- Faiblesse ou syncope soudaine
- Ulcère gastroduodénal : il peut y avoir des antécédents de douleurs abdominales de plus en plus sévères avant l'apparition des vomissements; les vomissements soulagent brusquement la douleur.

OBSERVATIONS

- Signes d'état de choc si le saignement est important
- Pouls rapide et faible
- Respiration rapide
- Tension artérielle faible-normale ou moindre
- Hypotension orthostatique
- Le client est pâle et anxieux.
- Le client est faible et en sueur.
- Sang rouge vif dans les vomissures ou les selles
- Les bruits intestinaux sont d'abord augmentés en raison du sang dans l'intestin.
- Par la suite, ils peuvent diminuer ou disparaître.
- Possibilité d'une sensibilité légère ou importante à la palpation
- Des signes de péritonite peuvent être présents.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Saignement gastro-intestinal supérieur

- Ulcère gastroduodénal
- Varices œsophagiennes
- Gastrite sévère

Saignement gastro-intestinal inférieur

- Maladie diverticulaire
- Affection intestinale inflammatoire
- Cancer du côlon

Tableau 3 : Causes de saignement gastro-intestinal

Catégorie	Saignement gastro-intestinal supérieur	Saignement gastro-intestinal inférieur
Inflammatoire	Ulcère gastroduodénal	Diverticulite
	Gastrite sévère	Maladie de Crohn
	Œsophagite	Colite ulcéreuse
	Ulcère de stress	Entéro-colite
Mécanique	Syndrome de Mallory-Weiss	Fissure anale
	Hernie hiatale	Diverticulose
Vasculaire	Varices œsophagiennes	Hémorroïdes
Néoplasique	Carcinome	Carcinome et polypes
Générale	Troubles de la crase sanguine	Troubles de la crase sanguine

COMPLICATIONS

– Hypotension
– État de choc
– Péritonite
– Décès

TESTS DIAGNOSTIQUES

– Dosage de l’hémoglobine
– Recherche de sang occulte dans les selles
– Examen des selles pour savoir s’il y a rectorragie

TRAITEMENT

Objectifs

– Restaurer la masse sanguine.

Consultation

Consultez un médecin le plus tôt possible, dès que l’état du client est stable.

Interventions non pharmacologiques

– Repos au lit
– Ne rien administrer par la bouche.
– Mettez en place une sonde nasogastrique et videz l’estomac dans un cas de saignement gastro-intestinal provenant de la partie supérieure du tube digestif.
– Mettez en place une sonde urinaire; vérifiez le débit urinaire à l’heure.

Traitement adjuvant

– Administrez de l’oxygène à raison de 6-10 l/min ou plus au besoin; maintenez la saturation en oxygène > 97-98 %.
– Pratiquez une perfusion à l’aide d’une aiguille de gros calibre (14 à 16) et administrez du soluté physiologique.
– Pratiquez une deuxième perfusion pour restaurer la masse sanguine s’il y a des signes d’hypovolémie (*voir la section « État de choc » dans le chapitre 14 « Urgences générales et traumatismes majeurs »)*.
– Adaptez le débit de perfusion en fonction de la perte sanguine estimative, du pouls, de la tension artérielle, de l’hypotension orthostatique et de l’âge du patient.

Surveillance et suivi

Surveillez de près l’ABC, les signes vitaux et l’état général du patient, car le saignement peut recommencer.

Orientation vers d’autres ressources médicales

Procédez à une évacuation médicale le plus tôt possible.

CHAPITRE 6 – APPAREIL URINAIRE ET APPAREIL REPRODUCTEUR DE L'HOMME

Table des matières

ÉVALUATION DE LA FONCTION URINAIRE ET DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR DE L'HOMME

ANAMNÈSE ET EXAMEN PHYSIQUE

GÉNÉRALITÉS

Chaque symptôme doit être noté et examiné en fonction des caractéristiques suivantes :

- Apparition (soudaine ou graduelle)
- Évolution dans le temps
- Situation actuelle (amélioration ou aggravation)
- Localisation
- Irradiation
- Qualité
- Fréquence et durée
- Sévérité
- Facteurs déclenchants et aggravants
- Facteurs de soulagement
- Symptômes associés
- Répercussions sur les activités quotidiennes
- Épisodes similaires diagnostiqués auparavant
- Traitements antérieurs
- Efficacité des traitements antérieurs

SYMPTÔMES DOMINANTS

En plus des caractéristiques générales décrites ci-dessus, il faut aussi explorer les symptômes spécifiques suivants.

Fonction urinaire

- Fréquence des mictions
- Volume d'urine (élevé ou faible)
- Urgence (sensation d'un besoin urgent de vider la vessie)
- Dysurie et moment de son apparition durant la miction (au début, à la fin ou pendant)
- Nycturie (première survenue ou exacerbation du profil habituel)
- Rétention
- Incontinence
- Couleur et odeur de l'urine
- Hématurie
- Coliques
- Douleur à l'angle costo-vertébral, au flanc ou à l'abdomen
- Douleur sus-pubienne
- Douleur périnéale, génitale, inguinale ou lombaire

Appareil reproducteur masculin

- Difficulté à amorcer ou à interrompre la miction
- Poussée abdominale volontaire (effort) à la miction
- Nature du jet (vitesse, force, volume)
- Fuite ou sensation de plénitude post-mictionnelle
- Écoulement pénien, démangeaison
- Lésions des organes génitaux externes
- Douleur génitale, inguinale, sus-pubienne ou lombaire
- Douleur ou œdème des testicules
- Relations sexuelles douloureuses
- Orientation sexuelle
- Nombre de partenaires sexuel(le)s
- Libido
- Pratiques sexuelles, dont comportements à risque (p. ex. relations orales, anales ou vaginales non protégées)
- Fécondité (nombre d'enfants)
- Antécédents vénériens (MTS, dont VIH et hépatite B)
- Auto-examen des testicules (fréquence, régularité)
- Antécédents d'hydrocèle, d'épididymite, de prostatisme, de varicocèle, de hernie, de cryptorchidie, de spermatocèle, ou vasectomie récente

Autres symptômes associés

- Fièvre, frissons, malaise
- Nausées, vomissements
- Diarrhée, constipation
- Perte d'appétit
- Changement dans les habitudes de sommeil

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (APPAREIL GÉNITO-URINAIRE)

- Cystite, pyélonéphrite
- Néphropathies
- Anomalies anatomiques congénitales des voies génito-urinaires
- Calculs rénaux
- Début récent ou augmentation de l'activité sexuelle
- Manœuvres instrumentales récentes dans les voies génito-urinaires (p. ex. cathéter, dilatation urétrale, cystoscopie)
- Ménopause (sans hormonothérapie substitutive)
- Utilisation de tampons, douches vaginales
- Diabète sucré
- Immunosuppression
- MTS
- Abus sexuel
- Allergies
- Exposition à des irritants chimiques
- Médication (p. ex. immunosuppresseurs, contraceptifs oraux, antihypertenseurs, antipsychotiques)
- Comportements à risque (p.ex. relations sexuelles non protégées, consommation abusive d'alcool et de drogues, utilisation de drogues injectables illicites)

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (APPAREIL GÉNITO-URINAIRE)

- Infections urinaires
- Néphropathies (p. ex. cancer du rein, maladies polykystiques)
- Diabète sucré
- Calculs rénaux
- Sévices sexuels ou physiques

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET SOCIAUX (APPAREIL GÉNITO-URINAIRE)

- Hygiène personnelle, habitudes en matière d'élimination et de propreté
- Pratiques sexuelles (comportements à risque, orientation sexuelle)
- Partenaire sexuel(le) symptomatique
- Utilisation de crèmes ou de mousses contraceptives, de condoms, etc.
- Utilisation de mousse de bain, de douches vaginales
- Port de sous-vêtements ou d'autres vêtements trop ajustés ou serrés
- Multiples partenaires sexuel(le)s
- Perturbation de la vie sexuelle (à cause de symptômes génito-urinaires)
- Peur, gêne, anxiété
- Absentéisme au travail ou à l'école, renoncement à des activités sociales à cause de symptômes génito-urinaires (p. ex. incontinence)

EXAMEN PHYSIQUE DE L’APPAREIL

GÉNÉRALITÉS

- État de santé apparent
- Présence ou absence de douleur
- Teint (rouge, pâle)
- Corpulence (maigreur ou obésité)
- Concordance entre l’apparence et l’âge déclaré

SIGNES VITAUX

- Température
- Fréquence cardiaque
- Fréquence respiratoire
- Tension artérielle

APPAREIL URINAIRE (EXAMEN DE L’ABDOMEN)

Inspection

- Cicatrices abdominales ou lombaires d’une intervention chirurgicale antérieure
- Œdème (facial, périphérique)

Palpation

- Sensibilité sus-pubienne
- Distension de la vessie
- Sensibilité ou masses abdominales
- Sensibilité de l’angle costo-vertébral
- Hypertrophie des reins (les reins ne sont généralement pas palpables sauf chez les clients minces)
- Œdème ou ganglions inguinaux

Percussion

- Sensibilité sus-pubienne ou de l’angle costo-vertébral
- Distension de la vessie

N’oubliez pas d’examiner les régions suivantes dans le cadre de l’évaluation :

- Tête, yeux, oreilles, nez, gorge : rechercher la pharyngite et la conjonctivite (infection à *Chlamydia*, gonorrhée)
- Peau : rechercher les lésions, les éruptions, les polyarthralgies de la gonorrhée disséminée, et évaluer l’équilibre hydrique.

APPAREIL REPRODUCTEUR DE L’HOMME

Inspection

- Pénis, scrotum et pubis : inflammation, écoulements, lésions, enflure, asymétrie, irrégularité de la répartition du système pileux, lentes, verrues
- Rectum : lésions, écoulements, œdème, hémorroïdes
- Régions inguinales et fémorales (hernies)

Palpation

- Pénis : sensibilité, induration, nodules, lésions
- Testicules et contenu du scrotum : dimension, position, atrophie des testicules, sensibilité, enflure, chaleur, masses, hydrocèle
- Rectum : tonus du sphincter anal, tumeurs de la paroi rectale, prostate
- Prostate : taille, forme, contour, consistance, sensibilité ou nodules
- Anneau inguinal superficiel : hernies
- Zones inguinales et fémorales (hernies)

APPAREIL GÉNITAL FÉMININ

Cet examen fait l’objet du chapitre 13, « Santé de la femme et gynécologie ».

ANALYSES DE LABORATOIRE

- Urine : couleur, trouble ou claire
- Bandelettes réactives : sang, protéines, globules blancs, nitrites, pH
- Microscopie sédimentaire : globules blancs et rouges, bactéries ou cylindres urinaires, cellules épithéliales
- Culture et antibiogramme de l’écoulement urétral ou des sécrétions prostatiques

AFFECTIONS GÉNITO-URINAIRES COURANTES CHEZ L'HOMME

HYPERPLASIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE

DÉFINITION

Hypertrophie bénigne de la prostate pouvant se traduire par l'obstruction du col de la vessie.

CAUSES

- Inconnues
- Facteur prédisposant : l'âge (au-delà de 55 ans)

SYMPTOMATOLOGIE

Apparition des symptômes urinaires lorsque la prostate est suffisamment hypertrophiée pour entraîner une compression partielle du col de la vessie.

- Retard de la miction
- Miction par regorgement
- Effort à la miction
- Force du jet atténuée
- Mictions fréquentes et peu abondantes
- Sensation d'urgence mictionnelle
- Fuites post-mictionnelles
- Nycturie
- Sensation constante de plénitude de la vessie, même après la miction

L'infection des voies urinaires ou la rétention d'urine constituent parfois le problème énoncé. L'hématurie peut être un symptôme précoce.

OBSERVATIONS

- Abdomen : dans les cas de rétention urinaire aiguë, il arrive que la vessie soit distendue; une vessie distendue est parfois perceptible à la palpation.
- Toucher rectal : hypertrophie de la prostate
- Prostate : consistance normale, haut et bords pas forcément perceptibles à la palpation, sillon médian possiblement indistinct

La taille clinique de la prostate n'est pas révélatrice de la gravité des symptômes. Une légère hypertrophie clinique peut provoquer des effets très incommodants.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Cystite
- Cancer de la prostate
- Tumeur de la vessie
- Calculs
- Prostatite (chronique)
- Rétrécissement de l'urètre

COMPLICATIONS

- Infections à répétition des voies urinaires
- Rétention urinaire aiguë
- Hémorroïdes ou hernies provoquées par l'effort à la miction
- Atteinte rénale due à une obstruction chronique

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Prélevez un échantillon d'urine pour analyse (analyse courante et microscopie, culture et antibiogramme).
- Éliminez la possibilité d'une infection, d'une hématurie et d'une glycosurie.
- Déterminez le taux de créatinine.
- Antigène prostatique spécifique (PSA) : test facultatif et controversé, mais généralement recommandé lorsqu'un diagnostic de cancer de la prostate amènerait à modifier le traitement chez un homme sain âgé de 50 à 70 ans.

TRAITEMENT

Objectifs

- Atténuer ou éliminer les symptômes
- Prévenir les complications dues à l'obstruction prolongée du col de la vessie (p. ex. infections des voies urinaires, calculs de la vessie, hydronéphrose)

Consultation

Il faut consulter le médecin si les symptômes du client sont sévères et assez incommodant pour l'inciter à se faire traiter immédiatement, ou s'il y a hématurie, présence de nodules dans la prostate ou douleur lombaire inattendue.

Il faut éliminer la possibilité d'un carcinome prostatique avec métastases aux os chez les hommes de plus de 35 ans présentant des symptômes d'obstruction du col de la vessie et souffrant d'une douleur lombaire d'apparition récente.

Interventions non pharmacologiques

- Conseillez au client de ne pas boire avant l'heure du coucher, notamment d'éviter le thé, le café et l'alcool, qui ont tendance à provoquer la diurèse nocturne.
- Vérifiez la médication du client, le cas échéant; interrompez la médication si possible.
- Les médicaments contre le rhume, tels que les décongestionnants, les antihistaminiques et anticholinergiques, de même que les antipsychotiques, les antidépresseurs et les anxiolytiques sont susceptibles d'entraver la capacité d'uriner et d'accroître la compression du col de la vessie.
- Demandez au client de signaler toute évolution subite de ses symptômes à des fins de réévaluation.
- Interventions chirurgicales visant à réduire la taille de la prostate : prostatectomie transurétrale, prostatectomie transurétrale par incision ou prostatectomie au laser.

Interventions pharmacologiques

Pour atténuer les symptômes, on peut utiliser à profit le finastéride, inhibiteur de la 5-α réductase (Proscar) (**médicament de classe B**), et les bloqueurs des récepteurs α_1- adrénergiques, comme la térazosine (Hytrin) (**médicament de classe B**).

Surveillance et suivi

Si les symptômes sont légers, prévoyez un suivi facultatif par un médecin. Il faut surveiller les symptômes du patient aux six mois et procéder à un toucher rectal chaque année. Si les symptômes sont modérés à sévères, adresser le client au médecin (*voir la section « Orientation vers d'autres ressources médicales » ci-dessous*).

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un urologue si ses symptômes, de modérés à sévères, sont incommodants ou s'il y a des complications.

ÉPIDIDYMITE

DÉFINITION

Infection d'origine bactérienne de l'épididyme.

CAUSES

- Chez les clients de 35 ans ou moins : habituellement provoquée par une MTS (*Neisseria gonorrhea, Chlamydia*).
- Chez les clients de plus de 35 ans : habituellement provoquée par des agents pathogènes des voies urinaires (*Escherichia coli, Klebsiella, Proteus*) ou la tuberculose.
- Facteurs prédisposants chez les clients du deuxième groupe : infection des voies urinaires, obstruction de l'écoulement, infection de la prostate, manœuvre instrumentale dans la partie inférieure de l'appareil génito-urinaire (p. ex. pose d'une sonde).

SYMPTOMATOLOGIE

- Douleur et hypertrophie unilatérales du scrotum
- La surélévation du scrotum procure un soulagement.
- Fièvre, frissons, sensation de malaise possibles
- Possibles symptômes de cystite ou d'urétrite (fréquence et urgence des mictions, dysurie)

OBSERVATIONS

- Température parfois élevée
- Inconfort moyen
- Le client marche lentement et avec précaution, souvent en se tenant le scrotum.
- Rougeur et hypertrophie unilatérales du scrotum
- Écoulement urétral possible
- Vive sensibilité du scrotum, qui est chaud au toucher.
- Épididyme enflé, dur et extrêmement sensible

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Torsion testiculaire
- Kyste sébacé infecté, folliculite
- Traumatisme
- Orchite ourlienne
- Tumeur des testicules
- Spermatocèle
- Hydrocèle
- Varicocèle

COMPLICATIONS

- Propagation de l'infection aux testicules
- Abcès
- Stérilité

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Prélevez un échantillon d'urine pour analyse (analyse courante et microscopie, culture et antibiogramme).
- Prélevez un échantillon par écouvillonnage de l'urètre pour détecter la présence de *N. gonorrhea* et de *Chlamydia*.
- Offrez au client de subir un test de détection du VIH.
- Administrez le test VDRL.

TRAITEMENT

En général, on traite les **infections bénignes** en consultation externe; les **infections plus graves**, accompagnées de fièvre et de frissons, nécessitent une hospitalisation.

Objectifs

- Atténuer les symptômes
- Prévenir les complications de l'infection
- Prévenir les rechutes

Consultation

Infection bénigne

Il faut consulter le médecin si l'on soupçonne une maladie non infectieuse sous-jacente, en particulier chez les clients de plus de 35 ans, ou lorsque les symptômes sont modérés ou sévères.

Infection bénigne

Il faut consulter le médecin au sujet du choix des antibiotiques IV.

Interventions non pharmacologiques

Infection bénigne

- Indiquez au client qu'il devra garder le lit pendant la phase aiguë (1 à 2 jours).
- Surélevez le scrotum pour atténuer la douleur.
- Le client devra utiliser un support scrotal pour se déplacer.
- On doit appliquer de la glace pendant 20 minutes toutes les 2 à 3 h pour atténuer la douleur.
- Durant la phase aiguë, le client doit éviter de soulever de lourdes charges, de faire des efforts à la défécation et d'avoir des relations sexuelles.
- Indiquez au client qu'il devra revenir à la clinique pour une réévaluation si ses symptômes s'aggravent.

Éducation du client

- Expliquez au patient le processus et l'évolution prévue de la maladie.
- Donnez au client des conseils sur l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, effets secondaires, nécessité de suivre le traitement au complet).
- Donnez au client des conseils sur la façon de prévenir la propagation de MTS à ses partenaires sexuels.

Infection bénigne

- Repos au lit.
- Application de glace sur le scrotum.

Interventions pharmacologiques

Infection bénigne

Analgésiques et antipyrétiques :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 à 6 h au besoin

Antibiotiques pour les jeunes clients atteints d'une infection transmise sexuellement :

cefixime (Suprax) (**médicament de classe C**), 400 mg, 2 comprimés PO immédiatement

et

tétracycline (Tetracyne) (**médicament de classe A**), 500 mg PO qid pendant 10 jours

ou

doxycycline (Vibramycin) (**médicament de classe A**), 100 mg PO bid pendant 10 jours

ou

azithromycine (Zithromax) (**médicament de classe C**), 1 g PO (dose unique)

Pour les clients allergiques à la tétracycline :

érythromycine (E-Mycin) (**médicament de classe A**), 500 mg PO qid pendant 10 jours

Antibiotiques pour les clients âgés atteints d'une infection non transmise sexuellement :

sulfaméthoxazole/triméthoprime (Septra DS) (**médicament de classe A**), 1 comprimé PO bid pendant 14 jours

ou

céphalexine (Keflex) (**médicament de classe C**), 250 mg PO qid pendant 14 jours

Infection sévère

Amorcez un traitement IV avec du soluté physiologique pour maintenir la veine ouverte.

Analgésiques et antipyrétiques :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 à 6 h au besoin

Pour atténuer une douleur modérée ou sévère :

acétaminophène avec codéine (Tylenol N° 2 ou N° 3) (**médicament de classe C**), 1-2 comprimés PO toutes les 4 h au besoin

Antibiotiques pour les jeunes clients :

ampicilline (Ampicin) (**médicament de classe D**), 1,0 g IV toutes les 6 h

et

doxycycline (Vibramycine) (**médicament de classe A**), 100 mg PO toutes les 12 h

Antibiotique pour les clients âgés :

ampicilline (Ampicin) (**médicament de classe D**), 1,0 g IV toutes les 6 h

Pour les clients allergiques à la pénicilline, consultez le médecin au sujet des médicaments de substitution.

Surveillance, suivi et orientation vers d'autres ressources médicales

Infection bénigne

- Revoyez le client dans les 48 heures pour évaluer sa réaction au traitement.
- Revoyez le client après 10 à 14 jours, une fois l'antibiothérapie terminée.

Infection sévère

Procédez à une évacuation médicale dans les plus brefs délais.

PROSTATITE (AIGUË)

DÉFINITION

Infection aiguë de la prostate.

CAUSES

Mêmes organismes que pour la cystite (*E. coli, Proteus, Klebsiella*).

Facteurs de risque

- Infection des voies urinaires
- Calculs prostatiques
- Âge supérieur à 50 ans

SYMPTOMATOLOGIE

- Apparition soudaine de fièvre et de frissons
- Douleur génitale
- Douleur possible au sacrum et au bas du dos
- Douleur périnéale
- Dysurie, mictions fréquentes et urgentes (symptômes de la cystite), nycturie
- Symptômes possibles de compression du col de la vessie
- Écoulement et jet urinaires parfois anormaux
- Douleur à la défécation

OBSERVATIONS

- Température parfois élevée
- Fréquence cardiaque parfois élevée
- Inconfort moyen à prononcé; le client semble parfois très mal en point.
- Démarche lente, jambes écartées
- Distension de la vessie parfois visible à l'examen de l'abdomen
- Prostate enflée, extrêmement sensible, chaude, molle
- De faibles écoulements de pus peuvent parfois être exprimés de l'urètre.
- Évitez de masser vigoureusement la prostate, cela pourrait provoquer une bactériémie.
- Urine trouble ou claire
- Bandelettes réactives : présence possible de sang et de protéines
- Microscopie des urines : des bactéries, des globules blancs et quelques globules rouges sont parfois présents.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Hyperplasie bénigne de la prostate accompagnée d'une infection des voies urinaires
- Épididymite
- Urétrite
- Cystite
- Pyélonéphrite
- Tumeur maligne

COMPLICATIONS

- Épididymite
- Pyélonéphrite
- Rétention urinaire aiguë
- Septicémie
- Abcès
- Prostatique chronique

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Prélevez un échantillon d'urine pour analyse (analyse courante et microscopie, culture et antibiogramme)
- Procédez à un écouvillonnage urétral pour culture de *N. gonorrhea* et de *Chlamydia* si vous soupçonnez une MTS (à cause des antécédents) ou si vous détectez un écoulement urétral.
- Offrez au client de subir un test de détection du VIH.
- Faites un test VDRL.

TRAITEMENT

Si les symptômes sont **légers ou modérés,** traitez le client en consultation externe; s'ils sont **sévères** et que le client semble **très malade**, demandez l'hospitalisation.

Objectifs

- Atténuer les symptômes.
- Prévenir les complications.

Consultation

Il faut consulter le médecin, surtout si les symptômes sont sévères ou si le client semble souffrir d'un malaise général.

Interventions non pharmacologiques

Symptômes sévères

Le client doit garder le lit.

Interventions pharmacologiques

Symptômes légers ou modérés

Antibiotiques :

sulfaméthoxazole/triméthoprime (Septra DS) (**médicament de classe A**), 1 comprimé PO bid pendant 21 jours

ou

amoxicilline (Amoxil) (**médicament de classe A**), 500 mg PO tid pendant 21 jours

Symptômes sévères

Amorcez un traitement IV avec un soluté physiologique pour les liquides et les antibiotiques IV.

Traitement de la fièvre et de la douleur :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 h au besoin

Discutez du choix des antibiotiques IV avec le médecin. Médicaments de première intention :

ampicilline (Penbritin) (**médicament de classe D**), 500 mg IV toutes les 6 h

et

gentamycine (**médicament de classe B**), 3 mg/kg IV tous les jours, en doses fractionnées, toutes les 8 h

Pour les clients allergiques à la pénicilline, on peut utiliser du sulfaméthoxazole/triméthoprime (Septra DS).

Surveillance et suivi

Symptômes sévères

- Recherchez une distension de la vessie.
- En cas d'incapacité d'uriner et de distension de la vessie, faites asseoir le client dans une baignoire remplie d'eau tiède et demandez-lui d'essayer d'uriner dans l'eau.
- Ne posez pas de sonde urinaire.

Voir la section « Rétention urinaire aiguë » dans le présent chapitre, si le traitement décrit ici ne fonctionne pas.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Symptômes sévères

Procédez à une évacuation médicale dans les plus brefs délais pour que le traitement IV du patient se poursuive à l'hôpital.

BALANITE

DÉFINITION

Inflammation du gland du pénis.

CAUSES

- Réaction allergique (p. ex. au latex des condoms, au gel spermicide)
- Infection fongique (p. ex. *Candida albicans*) ou bactérienne (p. ex. *Streptococcus*)
- Facteur de risque : présence du prépuce

SYMPTOMATOLOGIE

- Douleur au pénis
- Dysurie
- Écoulement au foyer de l'infection
- Érythème
- Enflure du prépuce
- Ulcération
- Plaques

OBSERVATIONS

- Rougeur, enflure du gland
- Écoulement autour du gland

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Leucoplasie
- Lichen plan
- Psoriasis
- Syndrome de Reiter

COMPLICATIONS

- Sténose du méat urinaire
- Modifications précancéreuses résultant d'une irritation chronique
- Infection des voies urinaires

TESTS DIAGNOSTIQUES

Prélevez un échantillon de tout écoulement en vue d'une culture et d'un antibiogramme.

TRAITEMENT

Objectifs

- Atténuer les symptômes.
- Prévenir les rechutes.

Intervention non pharmacologique

- Compresses tièdes ou bains de siège
- Hygiène locale : s'assurer que le prépuce se rétracte facilement.

Interventions pharmacologiques

Amorcez un traitement topique. Le choix variera selon qu'il s'agit d'une infection bactérienne ou fongique ou d'une dermatite.

Infection fongique

clotrimazole 1% (Canesten) (**médicament de classe A**), bid sur la région atteinte

ou

nystatine (Mycostatin) (**médicament de classe A**), bid à qid sur la région atteinte

Infection bactérienne

pommade de bacitracine (Baciguent) (**médicament de classe A**), qid sur la région atteinte

ou

sulfate de néomycine (Neosporin) (**médicament de classe A**), qid sur la région atteinte

Dermatite

pommade d'hydrocortisone 0,5% (Unicort) (**médicament de classe A**), qid sur la région atteinte

AFFECTIONS URINAIRES COURANTES

BACTÉRIURIE ASYMPTOMATIQUE

DÉFINITION

Présence de bactéries dans l'urine ne provoquant aucun symptôme.

CAUSES

- Structure anatomique (affection plus fréquente chez les femmes, dont l'urètre est plus court et situé à proximité du vagin)
- Changements hormonaux (p. ex. grossesse, contraceptifs oraux)
- Relâchement des muscles pelviens (chez les clients âgés)
- Prostatite chronique
- Contamination des prélèvements
- Sondes à demeure

SYMPTOMATOLOGIE

- Absence de problèmes urinaires
- Généralement décelée lors d'une analyse d'urine courante
- Fréquente chez les femmes de 20 à 50 ans
- Prostatite chronique bénigne souvent présente chez les hommes de plus de 50 ans
- Fréquente chez les clients âgés et chez ceux qui ont des sondes à demeure

OBSERVATIONS

Normales.

RÉSULTATS DES ANALYSES DE LABORATOIRE

- Urine : claire
- Bandelettes réactives : normales
- Microscopie : bactéries évidentes
- Culture : positive après 24-48 heures

S'assurer que l'échantillon est convenablement prélevé à mi-miction.

TRAITEMENT

Objectifs

- Reconnaître l'importance de la bactériurie asymptomatique dans les différents sous-groupes (femmes enceintes, immunodéprimés, personnes âgées).
- Éliminer les bactéries des voies génito-urinaires chez les femmes enceintes.

Interventions non pharmacologiques

Éducation du client

- Recommandez un apport suffisant en liquides pour éliminer les bactéries de la vessie et prévenir la stase d'urine dans celle-ci (6 à 8 verres de liquide par jour).
- Enseignez au client les bonnes règles d'hygiène (s'essuyer de l'avant vers l'arrière).
- Décrivez au client les signes et symptômes de l'infection aiguë et conseillez-lui de revenir à la clinique dès leur apparition.

Interventions pharmacologiques

Femmes enceintes

Traitez toutes les femmes enceintes atteintes de cette affection :

amoxicilline (Amoxil) (**médicament de classe A**), 250-500 mg PO tid pendant 7 jours

Pour les clientes allergiques à la pénicilline :

nitrofurantoïne (Macrodantin) (**médicament de classe A**), 100 mg PO bid pendant 7 jours

Autres groupes

Hommes âgés atteints d'hyperplasie bénigne de la prostate

Demandez au client s'il a noté un changement quelconque dans ses symptômes, si petit soit-il. Si les symptômes se sont aggravés, traitez comme une cystite (voir ci-dessous); sinon, répétez l'analyse d'urine (analyse courante et microscopie, culture et antibiogramme).

Clients cathétérisés

Il faut consulter le médecin, qui pourra juger que l'affection n'a pas besoin d'être traitée. Une antibiothérapie ne ferait que favoriser la croissance de souches bactériennes résistantes.

Clients âgés

Aucune antibiothérapie ne s'impose. Il suffira à ces clients de prendre quelques mesures d'hygiène élémentaires, comme d'augmenter leur apport en liquides, de bien s'essuyer, de se laver régulièrement et d'utiliser une chaise d'aisance pour réduire le nombre de bactéries.

Femmes non enceintes en bonne santé

En l'absence d'antécédents de problèmes génito-urinaires et de symptômes, il s'agit sans doute seulement d'une contamination. Répétez les analyses d'urine (analyse courante et microscopie, culture et antibiogramme).

CYSTITE

DÉFINITION

Infection d'origine bactérienne de la vessie.

CAUSES

- *E. coli* (micro-organisme le plus fréquent, dans 80 à 90 % des cas)
- Il peut aussi s'agir des bactéries suivantes : *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *Streptococcus* du groupe B et *Proteus mirabilis*

Facteurs de risque

- Sexe féminin
- Mauvaise hygiène périnéale
- Diabète sucré
- Manœuvre instrumentale touchant les voies urinaires (p. ex. sonde)
- Vessie neurogène (à cause d'un AVC ou de la sclérose en plaques)
- Anomalie congénitale des voies génito-urinaires
- Calculs rénaux
- Tumeur
- Rétrécissement de l'urètre
- Grossesse
- Augmentation de l'activité sexuelle (chez la femme)
- Utilisation de spermicides, diaphragme
- Hypertrophie prostatique
- Immunosuppression (p. ex. infection à VIH)

SYMPTOMATOLOGIE

- Dysurie
- Mictions fréquentes et peu abondantes
- Urgence mictionnelle
- Gêne dans la région sus-pubienne

Chez la femme, notez la présence d'écoulements vaginaux, de règles et l'utilisation d'un diaphragme.

Chez l'homme, notez la présence d'un écoulement urétral ou de symptômes évocateurs d'une hyperplasie bénigne de la prostate.

OBSERVATIONS

- Température parfois élevée
- Sensibilité sus-pubienne légère ou modérée
- Hypertrophie possible de la prostate

RÉSULTATS DES ANALYSES DE LABORATOIRE

- Urine : trouble, concentrée
- Bandelettes réactives : sang et protéines dans l'urine, résultats positifs pour les nitrites
- Microscopie sédimentaire : globules blancs, globules rouges et présence possible de bactéries

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Urétrite
- Vulvovaginite
- Calculs urinaires
- Tuberculose rénale
- MTS
- Hyperplasie bénigne de la prostate
- Diabète sucré
- Prostatite chronique

COMPLICATIONS

- Infection ascendante (pyélonéphrite)
- Cystite chronique

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Prélevez un échantillon d'urine pour analyse (analyse courante et microscopie, culture et antibiogramme) seulement si le client a une anomalie connue des voies génito-urinaires, si le diagnostic est incertain ou si la cliente est enceinte. Sinon, une antibiothérapie empirique suffit.
- Prélevez un échantillon d'urine pour culture et antibiogramme en cas d'absence de réponse au traitement empirique ou de récidive moins d'un mois après le traitement.
- Procédez à un écouvillonnage vaginal pour analyse (analyse courante et microscopie, culture et antibiogramme) au besoin.
- Procédez aux écouvillonnages appropriés pour *N. gonorrhoea* et *Chlamydia* lorsque vous soupçonnez une MTS.
- Vérifiez la glycémie si les symptômes évoquent un diabète sucré.

TRAITEMENT

Objectifs

– Atténuer les symptômes
– Éliminer les bactéries de la vessie

Interventions non pharmaceutiques

Éducation du client

– Donnez au client des conseils sur l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, effets secondaires, nécessité de suivre le traitement au complet).
– Recommandez-lui de boire davantage (8 à 10 verres par jour).
– Enseignez au client les bonnes méthodes d'hygiène périnéale (s'essuyer de l'avant vers l'arrière) pour prévenir les récidives.
– Recommandez la triple miction (soit une miction avant la relation sexuelle, une autre immédiatement après, puis, après ingestion d'un grand verre d'eau, une nouvelle miction dans l'heure qui suit), si le client est une femme sexuellement active souffrant de cystites à répétition. Cette méthode permet d'expulser tous les micro-organismes qui peuvent entrer dans l'urètre pendant la relation sexuelle.

Interventions pharmacologiques

Chez les femmes, la cystite sans complications peut se traiter par une antibiothérapie de 3 ou 7 jours; chez les hommes, une antibiothérapie de 7 jours s'impose :

sulfaméthoxazole/triméthoprime (Septra ou Bactrim DS) (**médicament de classe A**), 1 comprimé PO bid pendant 3 ou 7 jours

ou

nitrofurantoïne (Macrodantin) (**médicament de classe A**), 100 mg PO bid pendant 3 ou 7 jours

ou

amoxicilline (Amoxil) (**médicament de classe A**), 250-500 mg PO tid pendant 7 jours

Chez la femme enceinte, la cystite commande une antibiothérapie de 7 jours :

amoxicilline (Amoxil) (**médicament de classe A**), 250 à 500 mg PO tid pendant 7 jours

ou

nitrofurantoïne (Macrodantin) (**médicament de classe A**), 100 mg PO bid pendant 7 jours

La nitrofurantoïne est contre-indiquée près du terme de la grossesse ou durant le travail. Lorsque la cliente est allergique à la pénicilline ou près du terme de sa grossesse, contactez un médecin pour obtenir de l'aide dans le choix d'un antibiotique.

Chez les hommes âgés atteints de cystite et chez les femmes souffrant d'une cystite compliquée, (obstruction du col de la vessie, lésion de la moelle épinière, sonde urinaire à demeure), l'antibiothérapie indiquée ci-dessus devra durer de 7 à 10 jours.

Choix de médicaments de deuxième intention :

ciprofloxacine (Cipro) (**médicament de classe B**), 500 mg PO bid pendant 7 à 10 jours

norfloxacine (Noroxin) (**médicament de classe B**), 400 mg PO bid pendant 7 à 10 jours

Surveillance et suivi

– Si les symptômes ne se sont pas atténués dans les 72 heures ou s'ils s'aggravent en dépit du traitement, le client doit revenir à la clinique pour une réévaluation.
– Prévoyez un suivi à la fin du traitement et répétez les analyses d'urine et les cultures pour confirmer la guérison de la cystite.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Les clients souffrant de cystite chronique ou récurrente doivent être examinés par un médecin. Les hommes de 50 ans ou plus qui consultent pour la première fois pour une infection confirmée des voies urinaires (culture positive) doivent également être adressés à un médecin pour une évaluation plus poussée.

PYÉLONÉPHRITE

DÉFINITION

Infection rénale d'origine bactérienne.

CAUSES

- *E. coli* (bactérie la plus fréquente)
- Il peut aussi s'agir des bactéries suivantes : *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Pseudomonas* et *Proteus* (entre autres)
- Lorsque la pyélonéphrite ne guérit pas, il faut envisager la tuberculose rénale.

SYMPTOMATOLOGIE

- Douleur au flanc
- Fièvre, grands frissons
- Nausées et vomissements
- Dysurie, fréquence et urgence possible des mictions
- Douleur abdominale possible

OBSERVATIONS

- Fièvre
- Fréquence cardiaque parfois élevée
- Tension artérielle parfois légèrement élevée
- Le client semble moyennement ou très incommodé.
- Légère sensation de malaise général dans l'abdomen
- Douleur prononcée ou intense à la palpation abdominale profonde du rein
- Sensibilité prononcée ou intense de l'angle costo-vertébral à la percussion (au-dessus du rein)

RÉSULTATS DES ANALYSES DE LABORATOIRE

- Urine : trouble, foncée ou contenant du sang
- Bandelettes réactives : globules blancs, sang et nitrates, présence possible de protéines
- Microscopie sédimentaire : globules blancs, globules rouges, bactéries

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Pneumonie
- Cholécystite aiguë accompagnée de fièvre
- Appendicite
- Pancréatite aiguë

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Prélevez un échantillon d'urine pour analyse (analyse courante et microscopie, culture et antibiogramme)

TRAITEMENT

Les infections **précoces ou légères** peuvent être traitées en consultation externe. Les infections **modérées ou graves** commandent habituellement l'hospitalisation.

Objectifs

- Éliminer l'infection bactérienne
- Prévenir les complications

Consultation

Infection modérée ou grave

- Consultez le médecin au sujet du choix d'antibiotiques IV.
- Dans l'impossibilité de consulter, amorcez une antibiothérapie IV empirique.

Traitement adjuvant

Infection modérée ou grave

- Amorcez un traitement IV avec un soluté physiologique.
- Ajustez le débit de perfusion en fonction de l'âge et des autres affections du client (p. ex. diabète sucré, maladie cardiaque).

Interventions non pharmacologiques

Infection bénigne

- Augmentez l'apport en liquides (à 8-10 verres par jour).
- Gardez le patient alité jusqu'à atténuation des symptômes.

Éducation du client

- Donnez au client des conseils sur l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, nécessité de suivre le traitement au complet).
- Enseignez au client les bonnes méthodes d'hygiène pour prévenir le retour de l'infection.

Interventions pharmacologiques

Infection bénigne

Les infections précoces ou légères peuvent être traitées en consultation externe.

Antibiotiques par voie orale — utilisez l'un des médicaments suivants pendant 10 à 14 jours :

sulfaméthoxazole/triméthoprime (Septra ou Bactrim DS) (**médicament de classe A**), 2 comprimés PO bid

ou

triméthoprime (Proloprim) (**médicament de classe A**), 100 mg PO bid ou 200 mg PO par jour

ou

amoxicilline (Amoxil) (**médicament de classe A**), 1,0 g PO immédiatement puis 500 mg PO tid

Le traitement empirique par l'amoxicilline sera 20 % moins efficace que le traitement par Septra à cause des souches résistantes de *E. coli*, mais ce médicament constitue le meilleur choix en cas d'allergie aux sulfamides.

Analgésiques et antipyrétiques :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 à 6 h

Infection modérée ou grave

Analgésiques et antipyrétiques :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 325 ou 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 à 6 h au besoin

Antiémétiques pour enrayer les nausées et vomissements sévères :

diménhydrinate (Gravol) (**médicament de classe A**), 50 à 75 mg IM.

Antibiotiques :

Ampicilline (Novo-Ampicillin) (**médicament de classe D**), 1,0 g IV, puis 1,0 g IV toutes les 4 à 6 h

Pour les clients allergiques à la pénicilline :

sulfaméthoxazole/triméthoprime (Septra DS) (**médicament de classe B**), IV toutes les 12 h

Il faut accorder une attention particulière aux femmes enceintes. Consultez le médecin.

Surveillance et suivi

Infection bénigne

- Faites un suivi au bout de 2 à 3 jours pour évaluer la réponse clinique au traitement.
- Au bout de 14 jours, répétez les analyses d'urine et les cultures pour confirmer la guérison de l'infection.

Infection modérée ou grave

- Surveillez la réponse au traitement, les signes vitaux et le débit urinaire.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Infection modérée ou grave

Procédez à l'évacuation médicale dans les plus brefs délais.

Les jeunes hommes qui consultent pour une pyélonéphrite pour la première fois et les clients souffrant de pyélonéphrite à répétition doivent être adressés à un médecin pour un examen plus approfondi.

COLIQUE NÉPHRÉTIQUE (CALCULS)

DÉFINITION

Douleur provoquée par la présence et le passage d'un calcul dans l'urètre ou le bassinet (du rein).

CAUSES

- Prédisposition familiale à la formation de calculs
- Apport excessif en calcium dans le régime alimentaire
- Déshydratation
- Goutte (calculs uriques)
- Infections à répétition des voies urinaires
- Résorption osseuse
- Immobilisation prolongée
- Autres troubles génétiques (p. ex. calculs de cystine, erreur innée du métabolisme des acides aminés)

Facteurs de risque

- Antécédents familiaux
- Faible apport en liquides
- Diurétiques thiazidiques
- Maladie intestinale ou rénale
- Tumeur maligne

SYMPTOMATOLOGIE

- Apparition soudaine de coliques intenses dans le flanc ou l'abdomen
- La douleur peut irradier jusqu'au bas-ventre, à l'aine, aux lèvres de la vulve ou aux testicules.
- La localisation exacte de la douleur dépend de celle du calcul ou du degré d'obstruction.
- Hématurie possible
- Dysurie, urgence et fréquence possibles des mictions
- Nausées et vomissements souvent présents

OBSERVATIONS

- Fièvre (en cas d'infection)
- Fréquence cardiaque parfois élevée
- Tension artérielle parfois élevée
- Le client semble extrêmement souffrant.
- Le client est pâle et transpire.
- Le client est agité et est incapable de trouver une position confortable.
- Son abdomen est parfois distendu.
- Sensibilité de l'angle costo-vertébral et de l'abdomen
- Diminution possible des bruits intestinaux (iléus réflexe)

RÉSULTATS DES ANALYSES DE LABORATOIRE

- Urine : parfois normale mais peut contenir du sang

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Pyélonéphrite aiguë
- Cholécystite aiguë
- Abdomen aigu (cholécystite, appendicite, gastro-entérite, diverticulite)
- Ulcère gastro-intestinal
- Salpingite
- Gastro-entérite
- Péritonite
- Pancréatite

COMPLICATIONS

- Infection à répétition des voies urinaires basses
- Hydronéphrose (occlusion rénale asymptomatique risquant d'affaiblir la fonction rénale ou de provoquer une insuffisance rénale)
- Pyélonéphrite
- Septicémie

TESTS DIAGNOSTIQUES

Prélevez un échantillon d'urine pour analyse (analyse courante et microscopie).

TRAITEMENT

Si les symptômes sont **légers**, que le client est fébrile et que le diagnostic est clair, traitez en consultation externe; si les symptômes sont **sévères** ou que le diagnostic est douteux, il faut consulter un médecin et hospitaliser le client.

Objectifs

- Soulager les symptômes.
- Déceler les complications.
- Recueillir les calculs ou fragments de calcul.

Consultation

Affection grave ou diagnostic douteux

Consultez un médecin dans les plus brefs délais.

Interventions non pharmacologiques

Affection bénigne

- Incitez le patient à boire davantage.
- Filtrez l'urine pour prélever des calculs.

Affection grave ou diagnostic douteux

- Le client doit garder le lit
- N'administrez rien par voie orale si le client vomit.

Traitement adjuvant

Affection grave ou diagnostic douteux

- Amorcez un traitement IV avec un soluté physiologique.
- Ajustez le débit de perfusion en fonction de la gravité des vomissements, de l'équilibre hydrique, de l'âge du client et des problèmes médicaux préexistants.
- Il est généralement souhaitable d'augmenter la quantité de liquides de façon à favoriser l'élimination des calculs (le client doit absorber suffisamment de liquides pour obtenir un débit urinaire de 100 à 200 ml/h).

Interventions pharmacologiques

Affection bénigne

Pour soulager la douleur :

acétaminophène avec codéine (Tylenol N° 2 ou N° 3) (**médicament de classe C**), 1-2 comprimés PO toutes les 4 h au besoin (maximum 15 comprimés)

Affection grave ou diagnostic douteux

Analgésiques :

mépéridine (Demerol) (**médicament de classe D**), 50-100 mg IM.

Antiémétiques pour les nausées et les vomissements :

diménhydrinate (Gravol) (**médicament de classe A**), 50-75 mg IM toutes les 4 à 6 h au besoin

Surveillance et suivi

Affection grave ou diagnostic douteux

- Surveillez le débit urinaire.
- Filtrez l'urine pour recueillir les calculs.
- Envoyez tout calcul au laboratoire pour analyse.
- Le client peut être renvoyé à la maison une fois maîtrisées la douleur et les nausées.
- Dites au client de filtrer toute son urine pour recueillir les calculs, et de garder tous les calculs ainsi recueillis.
- Faites un suivi de 12 à 24 heures après le congé de l'hôpital.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Affection grave ou diagnostic douteux

Procédez à une évacuation médicale si la douleur ou la fièvre persistent.

INCONTINENCE URINAIRE

DÉFINITION

Perte involontaire d'urine.

CAUSES

Incontinence par regorgement

Perte d'urine attribuable à une distension excessive de la vessie, généralement causée par l'obstruction du col vésical (p. ex. hypertrophie de la prostate, fécalome) ou une maladie neurologique (p. ex. sclérose en plaques).

Incontinence d'effort

Perte d'urine attribuable à une augmentation de la pression intra-abdominale (p. ex. toux, exercice). Ce type d'incontinence, plus courant chez la femme, est causé avant tout par une insuffisance du tonus pelvien (par exemple, à cause de multiples accouchements par voie vaginale ou d'une carence postménopausique en œstrogènes).

Incontinence d'urgence

Perte d'urine attribuable à une incapacité de retarder la miction au moment où l'envie d'uriner est ressentie. Au nombre de ses causes, mentionnons l'hyperactivité ou l'instabilité de la paroi de la vessie, certains troubles du système nerveux central (p. ex. la maladie de Parkinson) et l'irritabilité de la vessie attribuable à une infection, à des calculs, à des diverticules ou à une tumeur.

Incontinence fonctionnelle

Perte d'urine attribuable à l'incapacité d'utiliser les toilettes pour différentes raisons, dont des troubles liés à l'âge (p. ex. la perte de mobilité, l'incapacité cognitive), l'intoxication par l'alcool ou les médicaments (p. ex. des diurétiques, des sédatifs) et le diabète sucré (vessie neurogène).

SYMPTOMATOLOGIE

- Perte du contrôle vésical
- L'importance de l'écoulement d'urine varie selon les individus et les causes.
- Faites préciser le degré de difficulté à maintenir la continence.
- Déterminez quand et comment surviennent les fuites.
- Déterminez les troubles du transit, le nombre de grossesses et d'accouchements par voie vaginale, les symptômes postménopausiques, les déficits neurologiques.
- Examinez la médication.
- En cas d'infection, présence de symptômes accompagnant la cystite.

Chez la femme, l'incontinence est souvent associée à la toux, aux éternuements, au rire, à l'ascension d'escaliers, à l'exercice (incontinence d'effort).

Chez les hommes, les fuites sont habituellement associées à d'autres symptômes d'obstruction du col de la vessie (*voir la section « Hyperplasie bénigne de la prostate » ci-dessus dans le présent chapitre*).

Les personnes âgées qui deviennent subitement incontinentes peuvent souffrir d'un début d'infection des voies urinaires ou encore d'une maladie ou d'une infection intercurrente affectant d'autres parties de leur organisme.

Lorsqu'on soupçonne la présence de diabète, il faut demander si le client a déjà souffert de polyurie, de polydipsie, de polyphagie, de perte de poids, de cystites ou de vaginites à répétition.

OBSERVATIONS

Les symptômes observés dépendent des causes. Il convient d'examiner à fond le système génito-urinaire, l'abdomen et le rectum ainsi que le système neurologique.

- Recherchez une distension possible de la vessie.
- Évaluez la prostate, le tonus du sphincter anal, la paroi rectale, la quantité de selles présente dans le rectum.
- Recherchez la présence d'une atrophie du vagin ou de l'urètre, d'un relâchement du plancher pelvien, de masses pelviennes.
- Évaluez les réflexes des tendons profonds et la sensibilité périnéale.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Voir la section « Causes » ci-dessus.

COMPLICATIONS

- Irritation
- Nécrose cutanée et ulcération de l'épiderme dans la région génitale
- Gêne sur le plan social
- Problèmes sociaux et psychologiques

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Prélevez un échantillon d'urine (analyse courante et microscopie, culture et antibiogramme) pour détecter une cystite.
- Faites une formule sanguine complète et mesurez la créatinine et les électrolytes pour vérifier la fonction rénale.
- Mesurez la glycémie pour éliminer l'éventualité du diabète.

TRAITEMENT

Les soins à prodiguer dépendent des causes identifiées et du traitement correspondant.

Objectifs

- Atténuer les symptômes urinaires.
- Accroître la capacité fonctionnelle de la vessie.

Interventions non pharmacologiques

Il faut mettre à l'essai les mesures élémentaires suivantes.

Incontinence d'effort

- Montrez à la cliente comment faire les exercices de Kegel, qui renforcent les structures périnéales et les muscles pelviens; conseillez-lui de répéter chaque exercice de 10 à 15 fois, trois à quatre fois par jour.
- Incitez la cliente à perdre du poids au besoin, de façon à atténuer les symptômes.
- Incitez la cliente à uriner fréquemment, à bien vider sa vessie, à uriner avant les activités qui demandent un effort, et à utiliser des serviettes hygiéniques pour se garder au sec.
- Incitez la cliente à acquérir de bonnes habitudes d'élimination des selles pour réduire l'effort à la défécation.

Une légère incontinence urinaire à l'effort peut être physiologique et n'est pas forcément anormale.

Incontinence nocturne

- Conseillez au client de limiter sa consommation de liquides le soir.
- Conseillez-lui de prendre les diurétiques au début de la soirée.
- Suggérez-lui de se munir, si possible, d'une chaise d'aisance ou d'un condom collecteur d'urine.

Incontinence chronique diurne et nocturne

- Conseillez au client d'uriner régulièrement dans la chaise d'aisance.
- Suggérez-lui d'utiliser des couches pour adultes ou un condom collecteur d'urine pour se garder au sec.
- Montrez-lui, ainsi qu'à ses proches, comment prendre soin de son épiderme pour éviter les nécroses cutanées et les infections.

On a parfois recours aux médicaments comme traitement adjuvant à ces mesures non pharmacologiques. Ces médicaments ne doivent être utilisés qu'après avoir diagnostiqué clairement le type d'incontinence. (*voir la section « Causes » ci-dessus*) et ils doivent être prescrits par un médecin. Voici quelques exemples :

- Pour une instabilité du muscle détrusor : Ditropan, Uripas, Tofranil
- Pour un sphincter incompétent : Ornade, Tofranil
- Pour une incontinence par regorgement attribuable à une vessie atone : Urecholine
- Pour une incontinence par regorgement attribuable à une hypertrophie de la prostate : Minipres, Proscar

Chez les clients âgés, évaluez les conditions de vie (à la recherche de tout changement récent), l'état mental (pour déceler des changements récents ou une confusion), l'état de santé général (pour identifier toute maladie concomitante et si le client a physiquement de la difficulté à aller aux toilettes).

Si le client a la vessie distendue, consultez la section « Rétention urinaire aiguë » ci-dessous.

Soulagez le fécalome par fragmentation digitale ou par lavement à l'eau (*voir la section « Constipation » du chapitre 5, « Appareil digestif »*).

Orientation vers d'autres ressources médicales

On peut adresser le client à un médecin pour une évaluation si ces mesures ne permettent pas d'atténuer les symptômes.

URGENCES UROLOGIQUES ET GÉNITALES CHEZ L'HOMME

TORSION TESTICULAIRE

DÉFINITION

Torsion du cordon spermatique et du testicule, qui gène l'irrigation sanguine de ces organes et provoque une douleur ischémique.

CAUSES

- La torsion est habituellement spontanée et idiopathique.
- Anomalie anatomique (génétique) prédisposante
- Parfois provoquée par un traumatisme inguinal

SYMPTOMATOLOGIE

- Apparition soudaine d'une douleur intense, constante, unilatérale dans le scrotum, l'aine ou le bas-ventre
- Douleur aggravée à l'élévation du scrotum
- Douleur non atténuée en position allongée
- Nausées et vomissements possibles
- Survient généralement chez les adolescents et les jeunes adultes de sexe masculin.

OBSERVATIONS

- Température habituellement normale
- Fréquence cardiaque élevée
- Tension artérielle légèrement élevée (à cause de la douleur)
- Le client éprouve une douleur aiguë.
- Le client est penché vers l'avant ou incapable de marcher.
- Enflure unilatérale et rougeur du scrotum
- Testicule extrêmement sensible, possiblement chaud
- Testicule œdématié et plus haut que prévu dans le scrotum (rétracté)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Épididymite
- Orchite
- Traumatisme
- Hernie inguinale irréductible ou étranglée
- Torsion du pédicule spermatique
- Varicocèle aiguë
- Tumeur du testicule
- Abcès scrotal

COMPLICATIONS

- Atrophie testiculaire
- Spermatogenèse anormale
- Infertilité

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager la douleur
- Prévenir les complications

Consultation

Consultez un médecin immédiatement. Il s'agit d'une urgence chirurgicale.

Interventions non pharmacologiques

- N'administrez rien par voie orale.
- Alitez le patient.

Traitement adjuvant

- Amorcez un traitement IV avec un soluté physiologique
- Réglez le débit de perfusion en fonction de l'âge et de l'équilibre hydrique du client.

Interventions pharmacologiques

Analgésiques :

méperidine (Demerol) (**médicament de classe D**), 50-100 mg IM

Examen par un médecin

Procédez à l'évacuation médicale dans les plus brefs délais. Il s'agit d'une urgence chirurgicale.

RÉTENTION URINAIRE AIGUË

DÉFINITION

Accumulation d'urine dans la vessie attribuable à une incapacité d'uriner.

CAUSES

- Tout processus qui accroît la résistance du col vésical ou diminue la contractilité de la vessie
- Hyperplasie bénigne de la prostate
- Effets secondaires de médicaments
- Fécalome
- Cancer de la prostate
- Prostatite aiguë
- Vessie neurogène
- Calcul ou rétrécissement de l'urètre
- Pincement des nerfs sacrés par un disque vertébral saillant
- Lésion de la moelle épinière

SYMPTOMATOLOGIE

- Envie pressante, mais incapacité d'uriner
- Sensation de plénitude et douleur sus-pubiennes
- Évaluez les habitudes urinaires antérieures (miction hésitante, fuites, fréquence diurne, nycturie)
- Évaluez les habitudes d'élimination, établissez le moment de la dernière défécation et informez-vous de la consistance des selles.

Examinez la médication en notant tout médicament susceptible de prédisposer le sujet à la rétention urinaire aiguë (consommation d'alcool excessive, usage de sédatifs, de décongestionnants en vente libre, d'anticholinergiques, d'antipsychotiques et d'antidépresseurs).

Dans les cas de vessie neurogène, les symptômes de douleur, de plénitude et d'urgence sont parfois absents. Toutefois, on note parfois des fuites de petites quantités d'urine (fuites par regorgement).

OBSERVATIONS

- Pouls parfois élevé
- Le client peut sembler moyennement ou extrêmement incommodé (mais il peut n’y avoir aucun signe d’inconfort dans les cas de vessie neurogène).
- Le client est parfois agité et en sueurs.
- On note parfois une distension de la vessie à l’inspection de l’abdomen.
- Distension et sensibilité possibles de la vessie au-dessus de la symphyse pubienne, s’étendant souvent jusqu’au nombril (la vessie neurogène est distendue mais pas sensible)
- Toucher rectal : présence possible d’un fécalome, d’une prostate hypertrophiée, d’une prostate dure ou présentant des nodules, d’un affaiblissement du tonus anal ou d’une absence de sensibilité périnéale

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Voir la section « Causes » plus haut.

COMPLICATIONS

- Diminution de la fonction rénale
- Diurèse postocclusive
- Insuffisance rénale
- Infection provoquée par l’urine stagnante

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Déterminer la cause sous-jacente
- Atténuer la distension de la vessie

Consultation

Consultez un médecin.

Interventions non pharmacologiques

- Demandez au client de s’asseoir dans une baignoire remplie d’eau tiède et d’uriner dans l’eau. S’il y arrive, faites un nouvel examen de la vessie à la recherche d’une distension résiduelle.

Si la vessie est toujours distendue, la mise en place d’une sonde s’impose (à moins de contre-indications). Utilisez la méthode suivante :

- Utilisez une sonde de Foley (18 French chez les hommes, 16 French chez les femmes).
- En cas d’hyperplasie bénigne de la prostate chez un client de sexe masculin, on peut essayer une sonde 16 si la sonde plus grosse ne convient pas.
- Insérez la sonde et décompressez la vessie *lentement*.
- Prélevez 200 ml d’urine, puis clampez la sonde pendant 30 minutes.
- Prélevez lentement entre 50 et 75 ml d’urine toutes les 20 minutes jusqu’à ce que la vessie soit vide.
- Laissez la sonde en place après la décompression.

Si la rétention est due à une prostatite aiguë, n’insérez pas de sonde, sauf en cas d’absolue nécessité, car il y a risque de bactériémie. De même, n’insérez pas de sonde si le bassin est fracturé. Ne tentez pas d’introduire une sonde plus de trois fois de suite.

Surveillance et suivi

Surveillez attentivement le débit urinaire horaire de façon à déceler tout signe de diurèse postocclusive, une complication qui survient après le déblocage de l’occlusion et qui est causée par une défaillance temporaire de la fonction rénale.

La diurèse disparaît généralement spontanément. On pourra l’enrayer en laissant le client boire autant qu’il en a envie, mais il faudra peut-être l’hydrater par IV pour assurer le maintien de l’équilibre hydrique.

Orientation vers d’autres ressources médicales

Procédez à une évacuation médicale dans les plus brefs délais, car l’hospitalisation s’impose.

CHAPITRE 7 – APPAREIL LOCOMOTEUR

Table des matières

‘

ÉVALUATION DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

ANAMNÈSE ET EXAMEN PHYSIQUE

GÉNÉRALITÉS

Chaque symptôme doit être noté et examiné en fonction des caractéristiques suivantes :

- Apparition (soudaine ou graduelle)
- Évolution dans le temps
- Situation actuelle (amélioration ou aggravation)
- Localisation
- Irradiation
- Qualité
- Fréquence et durée
- Sévérité
- Facteurs déclenchants et aggravants
- Facteurs de soulagement
- Symptômes associés
- Répercussions sur les activités quotidiennes
- Épisodes similaires diagnostiqués auparavant
- Traitements antérieurs
- Efficacité des traitements antérieurs

SYMPTÔMES DOMINANTS

En plus des caractéristiques générales décrites plus haut, il faut explorer les symptômes spécifiques suivants.

Os et articulations

- Douleur, tuméfaction, rougeur, chaleur, raideur
- Moment de la journée où ces symptômes sont le plus incommodants
- Rapport des symptômes avec certains mouvements
- Limitation des mouvements
- Déformations
- Signes extra-articulaires : urétrite, éruptions pustuleuses, tophi, nodules
- Traumatisme : obtenez une description précise des circonstances dans lesquelles le traumatisme s'est produit (mécanisme de la blessure).

Muscles

- Douleur
- Faiblesse
- Atrophie
- Blessures et traitements antérieurs

Manifestations neurovasculaires

- Paresthésie
- Parésie
- Paralysie

ÉVALUATION FONCTIONNELLE

Notez toute lacune dans les soins personnels : hygiène, habillement, élimination, soins du corps, mobilité, utilisation d'aides à la mobilité.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (APPAREIL LOCOMOTEUR)

- Traumatismes antérieurs (p. ex. aux os, aux articulations, aux ligaments)
- Arthrite (polyarthrite rhumatoïde, arthrose)
- Diabète sucré (associé à un risque accru de syndrome du canal carpien)
- Hypothyroïdie (associée à un risque accru de syndrome du canal carpien)
- Immobilisation récente d'un membre
- Médication (p. ex. corticostéroïdes)
- Allergies
- Obésité
- Ostéoporose
- Cancer
- Ménopause
- Déficit immunitaire (infection récente)

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (APPAREIL LOCOMOTEUR)

- Polyarthrite rhumatoïde
- Diabète sucré
- Hypothyroïdie (associée à un risque accru de syndrome du canal carpien)
- Ostéoporose
- Cancer (des os)

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET SOCIAUX (APPAREIL LOCOMOTEUR)

- Absentéisme au travail ou à l'école (plusieurs jours)
- Risques professionnels (métier comportant des mouvements articulaires répétés, p. ex. flexion des genoux, extension)
- Activités sportives (en particulier les sports de contact)
- Comportements à risque de blessures (p. ex. motoneige, planche à roulettes, utilisation de drogues injectables, abus d'alcool [notamment conduite avec facultés affaiblies])
- Apport en calcium
- Tabagisme
- Habitudes en matière d'exercice

EXAMEN DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

Le but de l'examen de l'appareil locomoteur est d'évaluer le fonctionnement et l'exécution des activités de la vie quotidienne, et de noter les anomalies. Chez la plupart des gens, un examen de dépistage suffit.

Bien que l'on aborde l'appareil locomoteur et le système nerveux séparément dans ce guide (*voir le chapitre 8, « Système nerveux central »*), en clinique, on les examine habituellement en même temps.

GÉNÉRALITÉS

- État de santé apparent
- Confort ou détresse apparente
- Teint (rouge, pâle)
- État nutritionnel (obésité, maigreur)
- Concordance entre l'âge apparent et l'âge déclaré

EXAMEN GÉNÉRAL DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

Faites marcher le client dans la salle d'examen; observez sa démarche, sa posture et le recours à des aides. Évaluez sa capacité d'effectuer les activités de la vie quotidienne (p. ex. s'asseoir, rester debout, marcher, s'habiller).

Examinez les articulations dans l'ordre suivant, en comparant les deux côtés du corps.

- Articulation temporo-mandibulaire
- Rachis cervical
- Épaules
- Coudes
- Poignets et mains
- Hanches
- Genoux
- Chevilles et pieds
- Rachis lombaire

Inspection des articulations

- Symétrie de structure et de fonction
- Observez l'alignement, la taille (masse musculaire, augmentation du volume osseux) et le contour de l'articulation.
- Inspectez la peau et les tissus aux articulations : couleur, tuméfaction, éruptions, masses ou déformations.

Palpation des articulations

Palpez chaque articulation (peau, muscles, os et capsule articulaire) à la recherche des signes suivants :

- Chaleur
- Tuméfaction
- Sensibilité
- Nodules, masses
- Crépitation
- Instabilité ligamentaire

Amplitude des mouvements

Demandez au client de vous démontrer l'amplitude de ses mouvements (mobilisation active) pendant que vous immobilisez la partie du corps située la plus près de l'articulation sollicitée. Si vous observez une limitation, essayez de faire bouger vous-même délicatement l'articulation (mobilisation passive).

Normalement, l'amplitude devrait être la même pour les mouvements actifs et passifs.

Évaluation des muscles

- Vérifiez la force des principaux groupes musculaires (fléchisseurs et extenseurs) de chaque articulation.
- La force musculaire devrait être égale des deux côtés du corps et offrir une résistance complète à votre poussée en sens contraire.
- La force musculaire varie énormément d'une personne à l'autre.

Stabilité des ligaments autour des articulations

- Déterminez la stabilité des ligaments latéraux de la cheville.
- Déterminez la stabilité des ligaments latéraux et croisés des genoux.

État neurovasculaire

Inspectez les membres à la recherche des caractéristiques suivantes :

- Sensibilité
- Pouls
- Parésie
- Paralysie

Cette partie de l'examen est particulièrement importante lorsque le client a subi un traumatisme.

Le tableau 1 présente les symptômes associés aux différents types de lésions musculo-squelettiques.

Tableau 1 : Symptômes de lésions musculo-squelettiques

Symptôme	Fracture	Luxation	Entorse (ligamentaire)	Entorse (musculaire)
Douleur	Aiguë	Modérée-aiguë	Légère-modérée	Légère-modérée
Tuméfaction	Modérée-prononcée	Légère	Légère-prononcée	Légère-modérée
Contusions	Légères-sévères	Légères-sévères	Légères-sévères	Légères-sévères
Déformation	Variable	Prononcée	Aucune	Aucune
Fonction	Perte de fonction	Perte de fonction	Limitée	Limitée
Sensibilité	Aiguë	Modérée-aiguë	Modérée	Modérée
Crépitation	Présentes	Absentes	Absentes	Absentes

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES SYMPTÔMES MUSCULO-SQUELETTIQUES DOMINANTS

CAUSES DE LA DOULEUR ARTICULAIRE

Origine inflammatoire

- Ténosynovite
- Polyarthrite rhumatoïde
- Polyarthrite virale (p. ex. hépatite B, virus Epstein-Barr)
- Arthrite septique (p. ex. *Staphylococcus aureus*, streptocoques)
- Maladie autoimmune (p.ex. pseudopolyarthrite rhizomélique)
- Rhumatisme articulaire aigu
- Arthrite à complexe immun (p.ex. VIH)
- Polyarthrite associée à des maladies générales (p. ex. lupus érythémateux disséminé, maladie de Lyme, syphilis, endocardite bactérienne)

Origine non inflammatoire

- Arthrose
- Tendinite
- Lupus érythémateux disséminé
- Arthropathie métabolique
- Tumeurs
- Anomalies mécaniques (p. ex. érosion du cartilage et des os)
- Dyscrasie
- Anémie falciforme
- Arthropathie neurogène

CAUSES DE LA DOULEUR CERVICALE

Les causes de la douleur cervicale sont présentées au tableau 2.

Tableau 2 : Causes de la douleur cervicale et des troubles du rachis cervical

Origine biomécanique	**Douleur projetée**	**Origine rhumatologique**	**Origine néoplasique**
Entorse cervicale	Syndrome du défilé thoracique	Polyarthrite rhumatoïde	Ostéoblastome
Hernie discale	Tumeur de Pancoast	Spondylite ankylosante	Ostéochondrome
Spondylose	Œsophagite	Rhumatisme psoriasique	Tumeur à cellules géantes
Myélopathie	Angine	Syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter	Hémangiome
	Dissection vasculaire		Métastases
Origine infectieuse		Myélopathie	Myélome multiple
Ostéomyélite	**Origine neurologique**	Arthrite entéropathique	Chondrosarcome
Discite	Plexite brachiale	Pseudopolyarthrite rhizomélique	Chordome
Méningite	Pincement périphérique	Fibromyalgie	Gliome
Zona	Neuropathies	Douleurs myoaponévrotiques	Syringomyélie
Maladie de Lyme	Syndrome algodystrophique	Hyperostose diffuse idiopathique du squelette	Neurofibrome
		Maladie microcristalline	
			Origines diverses
			Maladie de Paget
			Sarcoïdose

CAUSES DE LA DOULEUR À L'ÉPAULE

Troubles intrinsèques

- Arthrose gléno-humérale
- Arthrose acromio-claviculaire
- Arthrite septique
- Polyarthrite rhumatoïde
- Goutte
- Coincement de la coiffe des rotateurs
- Rupture de la coiffe des rotateurs
- Tendinite du biceps
- Rupture du tendon du biceps
- Tendinite calcifiante
- Capsulite rétractile
- Lésion traumatique des structures osseuses (p. ex. clavicule, articulation acromio-claviculaire, articulation gléno-humérale)

Troubles extrinsèques (douleur projetée)

- Troubles du rachis cervical
- Neuropathie du plexus brachial
- Douleurs myoaponévrotiques
- Syndrome du défilé thoracique
- Irritation diaphragmatique
- Maladie néoplasique
- Ischémie myocardique

La douleur de l'épaule peut provenir des structures osseuses de l'articulation ou des muscles, ligaments et tendons qui la soutiennent. La plupart des problèmes d'épaules sont attribuables au surmenage et à des traumatismes.

CAUSES DE LOMBALGIES

Troubles mécaniques du rachis lombaire

- Entorse sacro-lombaire
- Discopathie dégénérative
- Syndrome des facettes articulaires
- Spondylolisthésis
- Hernie discale
- Sténose du canal rachidien
- Ostéoporose
- Fracture
- Spondylolyse
- Cyphose grave
- Scoliose grave

Maladies non mécaniques de la colonne

- Néoplasie (p.ex. myélome multiple, lymphome, tumeur de la moelle épinière, carcinome métastatique)
- Infection (p.ex. ostéomyélite, infection septique du disque, abcès épidural)
- Arthrite inflammatoire
- Spondylite ankylosante
- Spondylite psoriasique
- Maladie de Paget (tuberculose de la colonne vertébrale)

Douleur projetée d'une maladie viscérale

- Prostatite
- Endométriose
- Infection génitale haute chronique
- Calculs rénaux
- Pyélonéphrite
- Anévrisme de l'aorte
- Pancréatite
- Cholécystite
- Ulcère gastro-duodénal pénétrant

AFFECTIONS COURANTES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

DOULEUR CERVICALE

DÉFINITION

Dans le cadre des soins primaires, on doit souvent traiter une douleur au cou aiguë et chronique. Cette douleur a de nombreuses causes, mais elle est le plus souvent causée par des troubles biomécaniques.

Quoique rares, les maladies touchant le rachis cervical sont d'importantes causes de douleur; certains signes et symptômes permettent de mieux identifier les états pathologiques graves. Un traitement non chirurgical permet d'améliorer l'état de la plupart des clients en moins de 3 mois; environ 10 % des clients seulement ont besoin d'une intervention chirurgicale.

TYPES

Douleurs myoaponévrotiques

Les douleurs myoaponévrotiques sont le type le plus courant de douleur aiguë et chronique du cou. Le trapèze supérieur et l'angulaire de l'omoplate sont les muscles les plus souvent intéressés par les douleurs myoaponévrotiques du cou, de la tête et du haut du dos. La douleur, souvent décrite comme sourde, constante ou à type de brûlure, irradie depuis des points déclencheurs. Un point gâchette myoaponévrotique est un point hyper-irritable au sein d'une bande tendue de muscle squelettique ou d'une aponévrose musculaire qui est sensible à la pression et présente un profil caractéristique de douleur et de sensibilité projetées ainsi que des symptômes autonomes, comme des picotements, des étourdissements et la chair de poule. Chaque muscle ayant des points gâchettes actifs présente son propre profil caractéristique, prévisible et reproductible, de douleur projetée et de symptômes autonomes.

Douleur neuropathique

Les maladies et lésions du cou intéressent habituellement les nerfs ou les racines nerveuses situés le long de l'apophyse transverse ou de la région paravertébrale de la moelle épinière. Elles provoquent une douleur neuropathique ressentie dans la région occipitale, le dos, l'oreille postérieure (y compris le lobe) et le cou antérieur.

Des antécédents de traumatisme grave, de cervicarthrite, de hernie discale ou de zona, et la présence d'une douleur névralgique et de troubles sensoriels caractéristiques doivent évoquer un processus neuropathique.

La douleur neuropathique est en général décrite comme une douleur vive, constante ou une sensation de brûlure, et concorde habituellement avec le territoire du segment nerveux affecté. Les mouvements qui étirent le nerf ou les racines nerveuses touchées augmentent la douleur. Celle-ci s'accompagne souvent de troubles sensori-moteurs comme l'hyperesthésie, la paresthésie, l'hypalgésie et une diminution de la force musculaire. Une hernie discale accompagnée de douleur radiculaire est un exemple de maladie neuropathique.

CAUSES

Troubles biomécaniques

Les causes les plus fréquentes de douleur du cou sont les troubles biomécaniques découlant d'un surmenage, d'un traumatisme ou d'une déformation. En général, ces troubles sont caractérisés en reliant l'exacerbation ou l'atténuation des symptômes à certaines activités physiques.

La plupart des troubles biomécaniques de la colonne cervicale ont une histoire naturelle d'amélioration. Chez 50 % des patients, la douleur s'estompe après 2 à 4 semaines; 80 % des clients ne présentent plus de symptômes après 2 ou 3 mois.

Parmi les causes des troubles biomécaniques figurent l'entorse cervicale, la hernie discale, la spondylose et la myélopathie.

Problèmes biomécaniques du cou sans compression nerveuse

Les clients qui éprouvent une douleur circonscrite à la région cervicale, aux trapèzes et aux épaules peuvent souffrir de nombreuses affections, dont les plus fréquentes sont l'entorse cervicale et le coup de fouet cervical (*whiplash*) (tableau 3).

Problèmes biomécaniques du cou avec compression médullaire

Le principal type de problème biomécanique cervical avec compression médullaire est la myélopathie cervicale. Cette affection est due à la compression de la moelle épinière ou des racines nerveuses dans le canal rachidien (tableau 4). Seulement le tiers des clients touchés signalent une douleur dans le cou. Bien que la myélopathie cervicale soit rare, une de ses formes, la spondylo-myélopathie, est la cause la plus fréquente de dysfonction médullaire chez les personnes âgées de plus de 55 ans.

La localisation, la durée et la taille des lésions influent sur la sévérité et la distribution des symptômes. La compression est habituellement causée par une combinaison d'ostéophyte et de discopathie dégénérative. Les symptômes, qui touchent parfois tous les membres, peuvent inclure la difficulté de marcher et l'incontinence urinaire ou fécale.

Le tableau clinique le plus fréquent est la douleur au bras et une dysfonction de la jambe. Les clients âgés décrivent parfois une raideur de la jambe, une instabilité du pied et la peur de tomber. Au nombre des signes courants figurent la faiblesse des membres, la spasticité, les fasciculations, l'hyperréflexivité tendineuse, le clonus et le signe de Babinski dans les membres inférieurs

Tableau 3 : Relevé des antécédents et examen physique – troubles biomécaniques du cou sans compression nerveuse

Affection	Symptomatologie	Examen physique
Entorse cervicale	Douleur dans la région moyenne ou inférieure de la nuque Douleur diffuse ou localisée des deux côtés de la colonne vertébrale	Sensibilité locale des muscles paracervicaux, réduction de l'amplitude des mouvements, diminution de la lordose cervicale Aucune anomalie observée à l'examen neurologique ou à l'examen des épaules Radiographie de la colonne normale ou indiquant une diminution de lordose.
Coup de fouet cervical (*whiplash*)	Lésion des tissus mous due à une accélération-décélération Causes fréquentes : impact arrière lors d'un accident d'automobile, chutes, accidents de plongée, autres blessures sportives Les muscles paracervicaux sont étirés ou déchirés et les ganglions sympathiques sont parfois lésés, provoquant un syndrome de Horner, des nausées, une raucité de la voix ou des étourdissements. Les lésions des disques intervertébraux font suite à des traumatismes graves. Les premiers symptômes surviennent de 12 à 24 heures après le traumatisme. Les clients ressentent une raideur et de la douleur au mouvement; ils ont aussi parfois de la difficulté à avaler ou à mastiquer.	Douleur, contraction des muscles paracervicaux et diminution de l'amplitude des mouvements L'examen neurologique est souvent normal, mais la radiographie peut mettre en évidence une diminution de la lordose cervicale. Chez les clients gravement blessés, les lésions structurales identifiées à la radiographie commandent une stabilisation immédiate.

Tableau 4 : Caractéristiques de la douleur radiculaire causée par la compression des racines nerveuses cervicales

Racine nerveuse	Siège de la douleur	Siège de la perte sensorielle	Perte de la fonction motrice	Perte de réflexes
C5	Du cou à la face externe de l'épaule et au bras	Épaule	Deltoïde	Bicipital, stylo-radial
C6	De la face externe du bras jusqu'au pouce et à l'index	Index et pouce	Biceps	Bicipital, stylo-radial
C7	De la face externe du bras jusqu'au majeur	Index et majeur	Triceps	Tricipital
C8	De la face interne du bras jusqu'à l'annulaire et à l'auriculaire	Annulaire et auriculaire	Muscles de la main	Nulle

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA DOULEUR CERVICALE

Voir le tableau 2 de la section « Diagnostic différentiel des symptômes musculo-squelettiques dominants » plus haut, dans le présent chapitre.

COMPLICATIONS

- Atteinte nerveuse permanente accompagnée d'une compression radiculaire
- Douleur cervicale chronique
- Absentéisme au travail
- Invalidité (de longue durée)

TESTS DIAGNOSTIQUES

Discutez avec un médecin avant de commander un test quelconque.

TRAITEMENT

Objectifs

- Atténuer les symptômes.
- Rétablir ou maintenir l'amplitude des mouvements.
- Prévenir les complications.

Consultation

Consultez un médecin dans les plus brefs délais en cas de blessure grave (p. ex. traumatisme important) ou s'il y a douleur neuropathique associée et modifications neurologiques. Pour toutes les autres blessures, administrez un traitement conservateur et assurez un suivi étroit.

Interventions non pharmacologiques

- Les clients ne présentant pas de maladie générale doivent recevoir un traitement non chirurgical pendant 3 à 6 semaines.
- Dans certains cas, un massage avec glace pendant 12 à 14 minutes qid permet d'atténuer la douleur.
- Dans d'autres cas, la chaleur peut diminuer la rigidité musculaire et améliorer l'amplitude des mouvements.
- On suggère d'utiliser un collet cervical et de limiter les mouvements; l'immobilisation de courte durée est utile, la nuit, si les mouvements risquent de provoquer des douleurs durant le sommeil.
- Un bon traitement consiste à utiliser un collet souple, qui soutient le cou sans l'étirer; son utilisation doit cependant diminuer graduellement à mesure que la douleur s'estompe.

Il faut limiter au minimum le recours au collet cervical chez les clients souffrant d'une hyperextension cervicale (coup du lapin), sauf dans les cas de hernie discale, qui commandent une immobilisation permanente pour limiter la douleur radiculaire sur une plus longue période.

Interventions pharmacologiques

Les analgésiques anti-inflammatoires, comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), peuvent atténuer la douleur et l'inflammation d'une atteinte localisée.

ibuprofène (Motrin) (**médicament de classe A**), 200 mg, 1-2 comprimés PO tid-qid

ou

naproxen (Naprosyn) (**médicament de classe C**), 250 mg PO bid-tid pendant 2 semaines ou plus au besoin

Ne pas utiliser en cas de contre-indication aux AINS (comme des antécédents d'ulcère gastro-duodénal). Utiliser plutôt :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 500 mg, 1-2 comprimés PO tid-qid au besoin

Surveillance et suivi

- Prévoyez un suivi après 1-2 jours, après 7 jours, puis toutes les 2 semaines par la suite, pour évaluer la réponse au traitement.
- Amorcez les exercices d'amplitude dans les mouvements exempts de douleur après 2-3 jours (en cas de blessure mineure).
- Conseillez au client de commencer les exercices d'étirement et de renforcement dès qu'il aura retrouvé l'amplitude normale de ses mouvements.

Orientation vers d'autres ressources médicales

La plupart des clients, notamment ceux qui souffrent de radiculopathie cervicale, voient leur état s'améliorer et peuvent reprendre leurs activités normales en moins de 2 mois. Ceux qui présentent toujours des symptômes après 6 semaines de traitement non chirurgical doivent être adressés à un médecin pour subir une évaluation.

Il peut être utile de consulter un physiothérapeute par téléphone ou d'orienter le client vers cet intervenant si cela peut se faire facilement.

CAPSULITE RÉTRACTILE (ÉPAULE GELÉE), TENDINITE ET BURSITE

DÉFINITION

Capsulite rétractile : Raideur et douleur chroniques de l'épaule survenant sans qu'il y ait lésion importante.

Tendinite et bursite : Inflammation d'un tendon ou d'une bourse séreuse dans l'épaule. Le tendon sus-épineux et le tendon long du biceps sont particulièrement vulnérables.

CAUSES

Capsulite rétractile : Immobilisation prolongée soit par suite du port prolongé d'une écharpe, soit par suite de la non-utilisation de l'articulation à cause d'une douleur dans le bras.

Tendinite et bursite : Surmenage, microtraumatismes dus à des mouvements répétés.

ANTÉCÉDENTS ET OBSERVATIONS

Capsulite rétractile : Douleur de l'épaule et limitation des mouvements dans une ou plusieurs directions, la douleur se manifestant aux limites des mouvements. Les autres manifestations sont relativement bénignes.

Tendinite et bursite : Douleur non spécifique de l'épaule. Dans le cas de la tendinite sus-épineuse, la douleur est exacerbée lors de l'abduction et la rotation externe de l'épaule contre résistance. Dans le cas de la tendinite bicipitale, la douleur est exacerbée par la flexion antérieure contre résistance.

TRAITEMENT

Objectifs

- Atténuer la douleur et l'inflammation.
- Conserver la fonction de l'épaule.
- Prévenir les complications.

La plupart des affections des tissus mous de l'épaule peuvent être guéries par l'application de glace et le repos pendant 5 à 7 jours (avec brève utilisation d'une attelle pendant 2 à 3 jours).

La physiothérapie et la réadaptation sont extrêmement importantes pour recouvrer et prévenir l'amplitude des mouvements, la souplesse et la force nécessaires au fonctionnement optimal de l'épaule.

Interventions non pharmacologiques

Garder le membre blessé au repos

- Le client doit éviter les positions et les activités qui aggravent son état.
- Le type et la durée du repos varient selon la sévérité des symptômes et le type de blessure ou de trouble.
- Dans le cas d'un membre supérieur : garder le bras en écharpe pendant une brève période (2-3 jours) au cours de la phase aiguë, puis arrêter.

Appliquer de la glace ou des compresses froides pour atténuer la douleur et la tuméfaction

- Appliquer sur la région touchée pendant 12-14 minutes qid.
- Si les lésions aux tissus mous sont importantes, appliquer toutes les 2 heures.
- Utiliser la glace tant que l'œdème et la douleur persistent.
- La chaleur est contre-indiquée dans les cas de lésions importantes des tissus mous.
- Ne jamais utiliser de chaleur pendant les phases aiguë ou subaiguë du rétablissement.
- On peut utiliser la chaleur pour traiter la raideur chronique et la tuméfaction.

Interventions pharmacologiques

Analgésiques anti-inflammatoires pour atténuer la douleur et la tuméfaction :

ibuprofène (Motrin) (**médicament de classe A**), 200 mg, 1-2 comprimés PO tid-qid

ou

naproxen (Naprosyne) (**médicament de classe C**), 250 mg PO bid-tid pendant 2 semaines ou plus au besoin

Ne pas utiliser en cas de contre-indication aux AINS (comme des antécédents d'ulcère gastro-duodénal). Utiliser plutôt :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 500 mg, 1-2 comprimés PO tid-qid au besoin

Surveillance et suivi

– Prévoyez un suivi après 1-2 jours et après 14 jours.
– Amorcez les exercices d'amplitude pour les mouvements exempts de douleur après 2-3 jours (en cas de blessure mineure).
– Conseillez au client de commencer les exercices d'étirement et de renforcement dès qu'il aura retrouvé l'amplitude normale de ses mouvements.
– Progression des exercices : mobilisation passive, mobilisation active assistée, exercices isométriques, étirement actif, exercices finals d'étirement et de renforcement.
– Il est préférable de faire les exercices en plusieurs petites séances, plutôt qu'en longues séances.
– L'exercice doit être précédé d'une application de chaleur humide pendant 10-15 minutes et suivi d'une application de glace pendant 12-14 minutes.
– Tout exercice qui provoque une douleur doit être omis temporairement.
– À mesure que s'amélioreront l'amplitude des mouvements, la souplesse et la force, l'épaule reprendra son fonctionnement normal.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un médecin si le traitement conservateur n'apporte aucune amélioration après 4-6 semaines.

Il est particulièrement important de diriger le client vers un physiothérapeute (si possible) dans les cas de capsulite rétractile, car la meilleure façon de traiter cette affection est une physiothérapie prolongée et intensive.

SYNDROME DE LA COIFFE DES ROTATEURS

DÉFINITION

Douleur et diminution de fonction de l'épaule par suite d'une inflammation et d'un affaiblissement des muscles de la coiffe des rotateurs. On distingue trois stades, décrits plus bas.

Les muscles de la coiffe des rotateurs sont le sus-épineux, le sous-épineux, le petit rond et le sous-scapulaire, qui enveloppent tous l'omoplate.

CAUSES

Stades 1 et 2 : Tendinite de la coiffe des rotateurs causée par un mouvement violent ou répétitif.

Stade 3 : Déchirure traumatique complète du tendon sus-épineux.

SYMPTOMATOLOGIE ET OBSERVATIONS

Stade 1 : Survient chez les sujets de 25 ans ou moins; la douleur se manifeste à la face antérieure de l'épaule et atteint un maximum lorsque le bras est élevé de 60 à 120°.

Stade 2 : Survient généralement chez les sujets de 25 à 40 ans qui ont connu de multiples épisodes antérieurs; en plus de la douleur due à l'inflammation tendineuse de la coiffe des rotateurs, on note une certaine fibrose permanente, un épaississement ou une cicatrisation; la radiographie peut révéler la présence de dépôt calcaires dans la coiffe des rotateurs.

Stade 3 : Survient habituellement chez les sujets de plus de 40 ans; le client éprouve parfois un craquement soudain (pop articulaire) dans l'épaule et ressent une vive douleur; il observe ensuite un affaiblissement grandissant de son épaule lorsqu'il tente une abduction ou une rotation du bras vers l'extérieur.

TRAITEMENT

Objectifs

– Atténuer la douleur et l'inflammation
– Conserver la fonction de l'épaule
– Prévenir les complications

Consultation

Consultez un médecin immédiatement pour toute blessure de stade 3. Faites de même pour toute blessure de stade 1 ou 2 qui demeure symptomatique pendant plus de 4-6 semaines.

Interventions non pharmacologiques

Garder le membre blessé au repos

Le type et la durée du repos varient selon le type et la gravité de la blessure.

- *Stades 1 et 2 :* Le client doit éviter les positions et les activités qui aggravent la douleur et garder le bras en écharpe pendant une brève période (2-3 jours) au cours de la phase aiguë.
- *Stade 3 :* Mettre le bras blessé en écharpe pour le confort du client.

Appliquer de la glace ou des compresses froides pour atténuer la douleur et la tuméfaction

Appliquer de la glace ou des compresses froides comme suit :

- Appliquer sur la région touchée pendant 12-14 minutes qid.
- Si les lésions aux tissus mous sont considérables, appliquer toutes les 2 heures.
- Utiliser la glace tant que l'œdème et la douleur persistent.
- La chaleur est contre-indiquée dans les cas de lésions importantes des tissus mous.
- Ne jamais utiliser de chaleur pendant les phases aiguë ou subaiguë du rétablissement.
- On peut utiliser la chaleur pour traiter la raideur chronique et la tuméfaction.

Interventions pharmacologiques

Stades 1 et 2 : Analgésiques anti-inflammatoires pour atténuer la douleur et la tuméfaction :

ibuprofène (Motrin) (**médicament de classe A**), 200 mg, 1-2 comprimés PO tid-qid

ou

naproxen (Naprosyn) (**médicament de classe A**), 125 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 6 heures au besoin

Ne pas utiliser en cas de contre-indication aux AINS (comme des antécédents d'ulcère gastro-duodénal). Utiliser plutôt :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 500 mg, 1-2 comprimés PO tid-qid au besoin

ou

acétaminophène avec codéine (Tylenol N° 2) (**médicament de classe C**), 1-2 comprimés toutes les 4 heures au besoin (maximum 15 comprimés)

Stade 2 : En plus des médicaments déjà mentionnés, on peut injecter des corticostéroïdes (**médicaments de classe B**) dans la bourse sous-acromiale.

Stade 3 : Analgésiques :

ibuprofène (Motrin) (**médicament de classe A**), 200 mg, 1-2 comprimés PO tid-qid

ou

naproxen (Naprosyn) (**médicament de classe A**), 125 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 6 heures au besoin

ou

acétaminophène avec codéine (Tylenol N° 2) (**médicament de classe C**), 1-2 comprimés toutes les 4 heures au besoin (maximum 15 comprimés)

Surveillance et suivi

Stades 1 et 2 : Les clients souffrant de ce type de lésion doivent être suivis comme suit :

- Prévoyez un suivi après 1-2 jours et après 10 jours.
- Amorcez les exercices d'amplitude dans les mouvements exempts de douleur après 2-3 jours (en cas de blessure mineure).
- Conseillez au client de commencer les exercices d'étirement et de renforcement dès qu'il aura retrouvé l'amplitude normale de ses mouvements.
- Progression des exercices : mobilisation passive, mobilisation active assistée, exercices isométriques, étirement actif, exercices finals d'étirement et de renforcement.
- Il est préférable de faire les exercices en plusieurs petites séances, plutôt qu'en longues séances.
- L'exercice doit être précédé d'une application de chaleur humide pendant 10-15 minutes et suivi d'une application de glace pendant 12-14 minutes.
- Tout exercice qui provoque une douleur doit être omis temporairement.
- À mesure que s'amélioreront l'amplitude des mouvements, la souplesse et la force, l'épaule reprendra son fonctionnement normal.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Consultez un physiothérapeute ou orientez le client vers un physiothérapeute si possible.

Stade 2 : Si les symptômes persistent après 4-6 semaines de traitement conservateur, envisagez d'orienter le client vers un orthopédiste pour une consultation chirurgicale.

Stade 3 : Procédez à l'évacuation médicale d'urgence. Le traitement consiste habituellement en une réparation chirurgicale, selon qu'il y a ou non perte de fonction importante. La réparation est plus probable chez les sujets jeunes que chez les sujets âgés. De nombreux clients âgés éprouvent une perte progressive de fonction de la coiffe des rotateurs à cause du vieillissement.

LÉSIONS ACROMIO-CLAVICULAIRES

DÉFINITION

Stade 1 (entorse) : Déchirure partielle de la capsule articulaire. Douleur légère sans déformation de l'articulation; luxation et instabilité ligamentaires minimes.

Stade 2 (subluxation) : Rupture complète des ligaments acromio-claviculaires. L'articulation acromio-claviculaire est sensible localement et douloureuse au mouvement. L'extrémité distale de la clavicule peut faire saillie légèrement vers le haut.

Stade 3 (luxation) : Rupture complète des ligaments acromio-claviculaires et coraco-claviculaires. Douleur intense, notamment à toute tentative d'abduction; déformation « en marche d'escalier» évidente à l'examen physique.

CAUSES

Ces lésions résultent habituellement d'un coup direct ou d'une chute sur le sommet de l'épaule.

SYMPTOMATOLOGIE

- Parmi les antécédents figurent souvent une chute sur le sommet de l'épaule, le bras généralement en adduction. Les forces importantes résultant de chutes graves entraînent souvent des blessures de stade 3.
- Région lésée douloureuse
- Incapacité de bouger l'épaule

OBSERVATIONS

- Douleur au repos ou provoquée par le mouvement
- Augmentation de la douleur en fonction de la gravité de la blessure
- Sensibilité à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire
- Déformation possible en « marche d'escalier » de l'articulation acromio-claviculaire
- Notez la position de la clavicule.

Procédez à une évaluation neurovasculaire rigoureuse des fonctions motrices et sensorielles du plexus brachial, car il peut y avoir des lésions associées, quoique cela soit rare.

COMPLICATIONS

- Instabilité de l'épaule
- Perte de mobilité

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Il est parfois conseillé de faire une radiographie pour déterminer l'ampleur de la lésion, notamment chez les sujets jeunes présentant des symptômes sévères.
- *Stade 1 :* Les clichés de l'articulation acromio-claviculaire (avec et sans poids) donnent des résultats normaux.
- *Stade 2 :* La radiographie en position forcée de l'articulation acromio-claviculaire (le client tenant un poids de 4,5 kg (10 lb) dans chaque main révèle un écartement de l'articulation.
- *Stade 3 :* Les radiographies obtenues lorsque le client porte des poids révèlent un déplacement de la clavicule vers le haut et une luxation complète de l'articulation.

TRAITEMENT

Consultation

Consultez un médecin sans tarder pour toute blessure de stade 2 et 3.

Interventions non pharmacologiques

Garder le membre blessé au repos

Le type et la durée du repos varient selon la gravité de la blessure.

- Le client doit éviter les positions et les activités qui aggravent la douleur.
- *Stade 1 :* Pendant la période aiguë, utiliser une écharpe pendant une courte période (5-7 jours), puis cesser.
- *Stade 2 :* La subluxation commande une période d'immobilisation plus longue (7-14 jours).

Appliquer de la glace ou des compresses froides pour atténuer la douleur et la tuméfaction

Pour toutes les lésions acromio-claviculaires, on peut appliquer de la glace ou des compresses froides :

- Appliquer sur la région touchée pendant 12-14 minutes qid.
- Si les lésions aux tissus mous sont considérables, appliquer toutes les 2 heures.
- Utiliser la glace tant que l'œdème et la douleur persistent.
- La chaleur est contre-indiquée dans les cas de lésions importantes des tissus mous.
- Ne jamais utiliser de chaleur pendant les phases aiguë ou subaiguë du rétablissement.
- On peut utiliser la chaleur pour traiter la raideur chronique et la tuméfaction.

Interventions pharmacologiques

Analgésiques anti-inflammatoires pour atténuer la douleur et la tuméfaction :

ibuprofène (Motrin) (**médicament de classe A**), 200 mg, 1-2 comprimés PO tid-qid

ou

naproxen (Naprosyne) (**médicament de classe A**), 125 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 6 heures au besoin

Ne pas utiliser en cas de contre-indication aux AINS (comme des antécédents d'ulcère gastro-duodénal). Utiliser plutôt :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 500 mg, 1-2 comprimés PO tid-qid au besoin

ou

acétaminophène avec codéine (Tylenol N° 2) (**médicament de classe C**), 1-2 comprimés toutes les 4 heures au besoin (maximum 15 comprimés)

Surveillance et suivi

- Prévoyez un suivi après 1-2 jours et après 14 jours.
- Amorcez les exercices d'amplitude dans les mouvements exempts de douleur après 2-3 jours (en cas de blessure mineure).
- Conseillez au client de commencer les exercices d'étirement et de renforcement dès qu'il aura retrouvé l'amplitude normale de ses mouvements.
- Progression des exercices : mobilisation passive, mobilisation active assistée, exercices isométriques, étirement actif, exercices finals d'étirement et de renforcement.
- Il est préférable de faire les exercices en plusieurs petites séances, plutôt qu'en longues séances.
- L'exercice doit être précédé d'une application de chaleur humide pendant 10-15 minutes et suivi d'une application glace pendant 12-14 minutes
- Tout exercice qui provoque une douleur doit être omis temporairement.
- À mesure que s'amélioreront l'amplitude des mouvements, la souplesse et la force, l'épaule reprendra son fonctionnement normal.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale d'urgence de tout client présentant des blessures de stade 3 étant donné que la consultation d'un orthopédiste s'impose.

LUXATION GLÉNO-HUMÉRALE

DÉFINITION

Désinsertion de la tête de l'humérus hors de la cavité de l'articulation gléno-humérale.

CAUSES

Traumatisme; le mécanisme habituel est l'abduction et la rotation externe forcées (95 % des luxations sont des luxations antérieures).

SYMPTOMATOLOGIE

- Douleur intense
- Le client se tient habituellement le bras serré contre le corps.

OBSERVATIONS

- L'épaule est latéralement aplatie et antérieurement proéminente.
- L'acromion est proéminent.
- L'épaule semble « carrée ».

Recherchez les lésions associées :

- Fracture proximale de l'humérus
- Avulsion de la coiffe des rotateurs
- Lésions des structures neurovasculaires adjacentes; les lésions du nerf axillaire sont très courantes et sont associées à une diminution de la contraction active du deltoïde.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Lésion des tissus mous
- Fracture de la clavicule
- Luxation acromio-claviculaire

COMPLICATIONS

- Atteinte neurovasculaire

TESTS DIAGNOSTIQUES

Une radiographie (si disponible) s'impose avant la réduction; faire des clichés sur deux plans (face antéro-postérieure [AP] et latérale de l'omoplate) pour confirmer la luxation et éliminer la possibilité d'une fracture si les circonstances de l'accident l'évoquent.

TRAITEMENT

Objectifs

- Atténuer la douleur.
- Réduire la luxation.
- Prévenir les complications.

Consultation

Consultez un médecin. La luxation doit être réduite sans tarder.

Interventions non pharmacologiques

Immobilisez le bras du client dans une écharpe et un bandage croisé.

Interventions pharmacologiques

Les analgésiques s'imposent :

mépéridine (Demerol) (**médicament de classe D**), 75-100 mg IM

Surveillance et suivi

Surveillez fréquemment la douleur et l'état neurovasculaire du client jusqu'au transfert.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à une évacuation médicale vers l'hôpital si la réduction s'avère impossible sur place. Les luxations et subluxations à répétition sont fréquentes et requièrent parfois une réparation chirurgicale. L'aiguillage vers un orthopédiste s'impose.

ÉPICONDYLITE LATÉRALE (TENNIS ELBOW)

DÉFINITION

Processus inflammatoire survenant à l'origine de l'extenseur de l'épicondyle.

CAUSES

- Survient généralement à la suite d'un surmenage ou de mouvements répétés.
- Populations à risque : athlètes et travailleurs manuels.

SYMPTOMATOLOGIE

- Douleur à l'épicondyle latéral
- Douleur projetée à la surface de l'extenseur de l'avant-bras
- Douleur exacerbée par l'extension du poignet ou des doigts contre résistance

OBSERVATIONS

- Tuméfaction (légère)
- Chaleur
- Rougeur (légère)
- Sensibilité sur la face latérale du coude

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Lésion du tendon par avulsion
- Bursite
- Ténosynovite septique
- Arthrite

COMPLICATIONS

- Épisodes récurrents
- Rupture du tendon

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Atténuer la douleur.
- Réduire l'inflammation.
- Prévenir les complications.

Interventions non pharmacologiques

Garder le membre au repos

- Le client doit éviter les activités aggravantes.
- Il faut placer une bande de contention sur le coude (on trouve sur le marché des bandes spéciales pour le « tennis elbow »).
- L'articulation doit être gardée au repos (à l'aide d'une écharpe) pendant 2-3 jours.

Appliquer de la glace ou des compresses froides pour atténuer la douleur et la tuméfaction

- Appliquer sur le coude touché pendant 12-14 minutes qid.
- Utiliser la glace tant que l'œdème et la douleur persistent.
- La chaleur est contre-indiquée dans les cas de lésions importantes des tissus mous.
- Ne jamais utiliser de chaleur pendant les phases aiguë ou subaiguë du rétablissement.
- On peut utiliser la chaleur pour traiter la raideur chronique et la tuméfaction.

Interventions pharmacologiques

Analgésiques anti-inflammatoires pour atténuer la douleur et la tuméfaction :

ibuprofène (Motrin) (**médicament de classe A**), 200 mg, 1-2 comprimés PO tid-qid

ou

naproxen (Naprosyn) (**médicament de classe A**), 125 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 6 heures au besoin

Ne pas utiliser en cas de contre-indication aux AINS (comme des antécédents d'ulcère gastro-duodénal). Utiliser plutôt :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 500 mg, 1-2 comprimés PO tid-qid au besoin

ou

acétaminophène avec codéine (Tylenol N° 2) (**médicament de classe C**), 1-2 comprimés toutes les 4 heures au besoin (maximum 15 comprimés)

Surveillance et suivi

- Prévoyez un suivi après 1-2 jours et après 14 jours.
- Amorcez les exercices d'amplitude pour les mouvements exempts de douleur après 2-3 jours.
- Conseillez au client de commencer les exercices d'étirement et de renforcement dès qu'il aura retrouvé l'amplitude normale de ses mouvements.
- Progression des exercices : mobilisation passive, mobilisation active assistée, exercices isométriques, étirement actif, exercices finals d'étirement et de renforcement.
- Il est préférable de faire les exercices en plusieurs petites séances, plutôt qu'en longues séances.
- L'exercice doit être précédé d'une application de chaleur humide pendant 10-15 minutes et suivi d'une application de glace pendant 12-14 minutes

Orientation vers d'autres ressources médicales

Chez la plupart des clients, le problème se résorbe à l'aide d'un traitement conservateur. Consultez un médecin en cas d'échec du traitement.

SYNDROME DU CANAL CARPIEN

DÉFINITION

Les symptômes résultent d'une dysfonction du nerf médian causée par sa compression dans le canal carpien. Le syndrome touche en général la main dominante, mais il peut aussi être bilatéral.

CAUSES

- Surutilisation
- Kyste ganglionnaire
- Traumatisme : fracture de Pouteau-Colles
- Facteurs prédisposants : grossesse, diabète sucré, polyarthrite rhumatoïde, hypothyroïdie, lupus érythémateux disséminé, hypocalcémie
- Facteurs de risque : profession nécessitant une flexion et une extension répétées du poignet

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes touchent habituellement le pouce, l'index et le majeur.

- Sensation de fourmillement ou de picotement dans les doigts
- Douleur à type de brûlure dans les doigts, en particulier la nuit
- Atténuation des symptômes par l'agitation ou la friction de la main
- Douleur dans le bras

OBSERVATIONS

- Perte sensorielle dans le pouce, l'index et le majeur
- Signe de Tinel : sensation douloureuse induite dans les doigts par la percussion du nerf médian au niveau de la paume
- Signe de Phalen : le fait de garder les deux poignets en flexion palmaire provoque parfois les symptômes.
- Diminution de la force musculaire de la main à l'exécution des tâches (p. ex. pour ouvrir un bocal)
- Atrophie musculaire dans l'éminence thénar (signe tardif)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Spondylose cervicale
- Neuropathie périphérique
- Lésion du plexus brachial

COMPLICATIONS

En l'absence de traitement, lésion nerveuse permanente

TRAITEMENT

Objectifs

- Atténuer les symptômes.
- Prévenir les complications.

Consultation

En présence d'une faiblesse et d'une atrophie de l'éminence thénar à la première consultation, consultez un médecin. Sinon, administrez un traitement conservateur et exercez un suivi étroit.

Interventions non pharmacologiques

- Le client doit éviter les activités aggravantes, notamment les mouvements répétitifs.
- Posez une attelle, le poignet en position neutre d'extension.

Interventions pharmacologiques

Analgésiques anti-inflammatoires :

ibuprofène (Motrin) (**médicament de classe A**), 200 mg, 1-2 comprimés PO tid

ou

naproxen (Naprosyn) (**médicament de classe A**), 125 mg, 2 comprimés PO bid-tid

Surveillance et suivi

- Prévoyez un suivi après 2 semaines pour vérifier la réponse au traitement.
- Si l'état du client s'améliore, continuez le suivi aux 2 semaines jusqu'à la guérison ou jusqu'à la 6e semaine.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Diriger le client vers un médecin si le symptôme du canal carpien ne s'améliore pas après 6 semaines. En présence d'une faiblesse ou d'une atrophie du thénar, une intervention chirurgicale est indiquée.

BLESSURE DU GENOU

La plupart des blessures du genou comportent une lésion des ligaments.

LÉSIONS LIGAMENTAIRES

Lésion du ligament latéral

Entorse de stade 1 : Microrupture ligamentaire; augmentation < 5 mm (0,2 pouce) de l'écartement articulaire; pas d'instabilité.

Entorse de stade 2 : Macrorupture ligamentaire partielle accompagnée d'une augmentation sensible de l'écartement articulaire (avec point limite) et d'une instabilité.

Entorse de stade 3 : Rupture ligamentaire complète sans point limite observable à l'examen.

Les lésions du ligament latéral sont habituellement causées par un traumatisme direct à la face contra-latérale du genou ou par une force indirecte excessive exercée sur le genou en varus ou en valgus. Le client éprouve parfois une douleur et une sensation de rupture au moment du traumatisme. Dans le cas d'une lésion du ligament latéral interne, on peut observer une sensibilité le long du fémur distal s'étendant jusqu'à l'interligne articulaire.

Les lésions du ligament latéral interne sont parfois associées à des lésions méniscales.

Les tests en valgus et en varus permettent d'évaluer les ligaments latéraux. Le genou fléchi à 30°, on peut isoler les ligaments latéraux, ce qui permet d'apprécier la laxité accrue (dans les entorses de stade 2 ou 3).

Lésion du ligament croisé antéro-externe

- Antécédents de blessure par torsion accompagnée d'un pop ou d'une sensation de rupture et d'un épanchement subséquent
- Hémarthrose observée dans 75 % des cas
- Fréquemment associée à une lésion du ligament latéral interne

Lésion du ligament croisé postérieur

- La plupart des lésions résultent d'un traumatisme direct au tibia proximal, lorsque le genou fléchi est rapidement décéléré, comme dans le syndrome du tableau de bord.
- Utilisez la manœuvre du tiroir postérieur : genou fléchi à 90°, on tente de déplacer le tibia sur le fémur.

Lésion méniscale

- Les lésions du ménisque interne sont l'une des causes les plus fréquentes de douleur articulaire au genou; le ménisque interne est beaucoup plus vulnérable aux lésions que le ménisque externe.
- Plus du tiers des lésions méniscales sont associées à une lésion du ligament croisé antéro-externe et à de possibles lésions du ligament latéral interne.
- Le client a ressenti une douleur au moment du traumatisme; la douleur persiste et nuit aux activités nécessitant de porter une charge.
- Le client signale souvent que son genou « bloque », ce qui peut être attribuable à la douleur ou à une incapacité physique d'étendre le genou à cause d'une lésion méniscale.
- Le signe le plus fréquent est une sensibilité à la palpation le long de l'interligne articulaire.
- Les tests cliniques aident à détecter une lésion du ménisque (p. ex. test de McMurray et test d'Apley).

TRAITEMENT

Objectifs

- Atténuer les symptômes
- Rétablir ou conserver la fonction du genou
- Prévenir les complications

La plupart des blessures au genou répondent bien au traitement conservateur.

Consultation

En cas de doute au sujet du diagnostic, consultez un médecin sans tarder.

Interventions non pharmacologiques

Le *traitement conservateur* des lésions de stade 1 et 2 du ligament latéral et des lésions mineures du ménisque fait appel à des interventions non pharmacologiques.

- Le client doit demeurer au repos et porter une attelle ou un bandage d'immobilisation pendant 7-14 jours
- Le client doit commencer à utiliser des béquilles, avec mise en charge du membre atteint selon ce qu'il peut tolérer dès que l'ambulation ne lui cause qu'une douleur mineure.
- Le client doit appliquer de la glace pendant 12-14 minutes qid.
- Le client doit surélever son genou au cours des 24-72 premières heures.
- Le client doit commencer des exercices d'amplitude légers pour les mouvements exempts de douleur dès que la douleur et la tuméfaction diminuent assez pour le lui permettre. Commencer par l'extension des quadriceps.

Interventions pharmacologiques

Analgésiques anti-inflammatoires :

ibuprofène (Motrin) (**médicament de classe A**), 200 mg, 1-2 comprimés PO tid

ou

naproxen (Naprosyn) (**médicament de classe A**), 125 mg, 2 comprimés PO bid-tid

Ne pas utiliser en cas de contre-indication aux AINS (comme des antécédents d'ulcère gastro-duodénal). Utiliser plutôt :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 heures au besoin

Si la douleur est modérée ou intense, utiliser :

acétaminophène avec codéine (Tylenol N° 2 ou N° 3) (**médicament de classe C**), 1-2 comprimés PO toutes les 4 heures au besoin jusqu'à un maximum de 15 comprimés, puis passer à l'acétaminophène ordinaire.

Surveillance et suivi

Prévoyez un suivi après 1-2 jours pour réévaluer la blessure. Si la tuméfaction et la douleur ont diminué, vous pourrez peut-être examiner le genou de plus près.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Lésion du ligament latéral

Les lésions de stade 3 du ligament latéral peuvent être traitées sans intervention chirurgicale; il est toutefois recommandé de diriger le client vers un orthopédiste, qui évaluera la nécessité d'une telle intervention.

Lésion du ligament croisé antéro-externe

Le traitement doit se faire sous la supervision d'un orthopédiste. Le traitement des lésions aiguës dépend de leur gravité. En l'absence de lésions associées du ménisque, du ligament latéral ou du ligament croisé antéro-externe, on doit immobiliser le genou du client pour assurer son confort; le client devra utiliser des béquilles.

Par contre, s'il y a lésion ligamentaire ou lésion méniscale associées, il faut diriger le patient vers un orthopédiste sans tarder, car une chirurgie pourrait s'imposer.

Lésion du ligament croisé postérieur

Les ruptures isolées doivent faire l'objet d'un traitement conservateur; certaines lésions commandent cependant parfois une réparation chirurgicale.

Lésion méniscale

Si le genou demeure bloqué ou si les symptômes de douleur, de déboîtement (sensation que le genou va céder) et d'œdème persistent, il faut adresser le client à un orthopédiste pour une intervention chirurgicale.

ENTORSE DE LA CHEVILLE

DÉFINITION

Blessure par inversion ou par éversion entraînant une rupture des ligaments qui supportent la cheville (habituellement les ligaments latéraux).

- *Entorse de stade 1 :* Élongation ligamentaire; l'articulation est stable.
- *Entorse de stade 2 :* Plus grave; déchirure ligamentaire partielle importante; l'articulation est stable.
- *Entorse de stade 3 :* Déchirure complète du ou des ligaments; l'articulation est instable.

CAUSES

- Traumatisme
- Laxité prédisposante des ligaments

SYMPTOMATOLOGIE

- Torsion soudaine du pied et de la cheville.
- Résulte le plus souvent de l'inversion forcée du pied et de la cheville, accompagnée d'une lésion du ligament latéral externe.
- L'entorse de type éversion du ligament deltoïde est le deuxième type d'entorse le plus fréquent.
- La sévérité des symptômes varie selon l'étendue de la lésion et le stade de l'entorse.
- Douleur aiguë
- Tuméfaction
- Ecchymoses
- Incapacité de marcher (selon le stade de l'entorse)

OBSERVATIONS

- La mise en charge du membre touché est parfois impossible.
- Tuméfaction évidente (l'ampleur dépend de la gravité de l'entorse.)
- Présence d'ecchymoses dans les entorses modérées et graves.
- Sensibilité de la face antéro-latérale de l'articulation de la cheville
- Sensibilité possible de la face postéro-latérale de l'articulation de la cheville
- Dans les cas d'entorses graves, la face antérieure de la cheville est également sensible.
- Laxité possible du ligament externe
- Sensibilité des deux malléoles
- L'amplitude des mouvements (flexion dorsale, flexion plantaire, inversion) est parfois limitée à cause de la douleur.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Fracture
- Fracture par arrachement
- Rupture d'un tendon (p. ex. tendon d'Achille, péronier, postérieur du tibia)

COMPLICATIONS

- Hyperlaxité ligamentaire chronique et lésions récurrentes de la cheville
- Atteintes neurovasculaires

TESTS DIAGNOSTIQUES

Radiographie de la cheville (conformément aux « *Ottawa Ankle Rules* », plus loin) pour écarter toute éventualité d'une fracture.

Ottawa Ankle Rules

Faire une radiographie en présence d'une douleur près des malléoles et d'une incapacité de mise en charge immédiatement au moment du traumatisme et au moment de l'examen, ou s'il y a douleur à la palpation de l'os à l'extrémité postérieure des malléoles.

Faire une radiographie en présence d'une douleur au milieu du pied et d'une incapacité de mise en charge immédiatement au moment du traumatisme et au moment de l'examen, ou s'il y a douleur à la palpation de l'os naviculaire ou à la base du cinquième métatarsien.

TRAITEMENT

Objectifs

- Atténuer la douleur et la tuméfaction.
- Restaurer la force de la cheville.
- Prévenir toute autre lésion.

Consultation

Consultez un médecin lorsqu'il y a instabilité articulaire au moment du premier examen. Consultez également un médecin s'il n'y a aucune amélioration après 2 semaines de traitement conservateur.

Interventions non pharmacologiques

Garder l'articulation au repos

Le type et la durée du repos varient selon la gravité de la blessure.

- Pas de mise en charge (même partielle) à l'aide de béquilles; activités de port de charge limitées.
- Dans le cas d'une entorse de stade 1 ou 2, on recommande d'augmenter graduellement la mise en charge dès que la douleur a suffisamment diminué et que l'articulation est assez stable pour le permettre; cela favorise la guérison et la proprioception.

Appliquer de la glace ou des compresses froides pour atténuer la tuméfaction et la douleur

- Appliquer des compresses sur la face externe de la cheville pendant 12-14 minutes qid pendant 48 heures (ou plus longtemps si la tuméfaction persiste).
- Si l'entorse est grave, appliquer de la glace toutes les 2 heures.
- Utiliser la glace tant que la tuméfaction et la douleur persistent.
- La chaleur est contre-indiquée dans le cas d'un traumatisme aigu de la cheville.
- Ne jamais utiliser de chaleur durant les phases aiguë et subaiguë du rétablissement.
- On peut recourir à la chaleur pour atténuer la tuméfaction chronique.

Compression et élévation pour atténuer la tuméfaction et la douleur

- Le client doit porter un bandage de contention pendant la journée et l'enlever la nuit.
- Le bandage ne doit pas être trop serré.
- Si possible, la cheville doit être surélevée au-dessus du niveau de la hanche.

Exercices

- Le client doit amorcer des exercices d'amplitude légers pour la flexion dorsale dans les 24 heures.
- Encouragez le client à étirer le mollet s'il peut le faire sans douleur.
- Demandez au client de dessiner les lettres de l'alphabet avec sa cheville.

La flexion plantaire, l'inversion et l'éversion doivent être évitées au tout début du rétablissement.

Le client doit amorcer des exercices de renforcement musculaire dès qu'il a retrouvé l'amplitude de ses mouvements. Montrez-lui les exercices suivants :

- Élévation des orteils et du talon sur une surface inclinée, maintien de la position finale pendant 4-6 secondes (10-20 répétitions).
- Élévation des orteils et du talon sur une surface plane, maintien de la position finale pendant. 4-6 secondes (10-20 répétitions).
- Marche sur le talon et les orteils
- Maintien en équilibre sur un pied

Éducation du client

- Expliquez au client qu'il est important de garder la cheville au repos, d'y appliquer de glace et de la surélever.
- Montrez-lui comment utiliser les béquilles pour prévenir la mise en charge.
- Montrez-lui comment mettre le bandage de contention.
- Expliquez-lui l'utilisation appropriée des médicaments (posologie, fréquence, effets secondaires).
- Donnez-lui des conseils sur les moyens d'éviter de se blesser de nouveau la cheville (p. ex. faire des exercices d'échauffement avant les activités physiques, comme les sports, porter des chaussures montantes lacées pour marcher et courir).

Interventions pharmacologiques

Analgésiques anti-inflammatoires pour atténuer la douleur et la tuméfaction :

ibuprofène (Motrin) (**médicament de classe A**), 200 mg, 1-2 comprimés PO tid-qid au besoin

En cas de contre-indication à l'acide acétylsalicylique (AAS) ou aux AINS, utiliser :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 heures au besoin

Pour une douleur modérée ou intense, il faut parfois recourir à des analgésiques plus puissants en plus des anti-inflammatoires au cours des 24-48 premières heures :

acétaminophène avec codéine (Tylenol N° 2 ou N° 3) (**médicament de classe C**), 1-2 comprimés PO q4-6 h au besoin (maximum 15 comprimés)

Surveillance et suivi

Prévoyez un suivi en clinique après 48 heures et encore une fois après 2 semaines ou plus tôt si la douleur et la tuméfaction persistent.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Prévoyez une physiothérapie (si cela peut se faire facilement) si les symptômes persistent plus de 2-3 semaines.

Diriger tout client souffrant d'une entorse de stade 3 vers un médecin. Envisagez une consultation avec un orthopédiste pour les blessures de type éversion.

LOMBALGIES

La lombalgie aiguë figure parmi les problèmes de santé les plus fréquents. En effet, presque personne n'y échappe au cours de sa vie, à un degré ou à un autre. Il s'agit du quatrième motif de consultation médicale le plus fréquent.

Diverses structures dorsales qui peuvent être source de douleur : les ligaments, les os de la colonne vertébrale, les facettes articulaires, les disques intervertébraux, les racines nerveuses et les muscles. La douleur est habituellement due à une sollicitation excessive de ces structures ou à leur dégénérescence, mais elle peut aussi être attribuable à des troubles inflammatoires, infectieux ou néoplasiques graves.

Les lombalgies peuvent également être provoquées par des atteintes des organes situés immédiatement devant la colonne vertébrale : l'aorte, les reins, les intestins, le pancréas, l'estomac, la vésicule biliaire, la prostate, l'utérus et les ovaires.

SIGNAUX D'ALERTE DE TROUBLES POTENTIELLEMENT GRAVES

Fracture possible

- Traumatisme majeur
- Traumatisme mineur chez les clients âgés ou atteints d'ostéoporose

Possible syndrome de la queue de cheval (Urgence chirurgicale)

- Anesthésie en selle
- Dysfonction de la vessie
- Dysfonction grave ou progressive des jambes
- Laxité du sphincter anal
- Affaiblissement moteur majeur des quadriceps (extenseurs des genoux), des fléchisseurs plantaires de la cheville, des éverseurs et des dorsifléchisseurs (pied tombant)

Tumeur ou infection possible

- Client âgé de moins de 20 ans ou de plus de 50 ans
- Antécédents de cancer
- Symptômes constitutionnels (comme la fièvre, les frissons et la perte de poids)
- Facteurs de risque d'infection médullaire, infection bactérienne récente, utilisation de drogues injectables ou immunosupression
- Douleur plus vive en décubitus dorsal ou douleur intense la nuit

LUMBAGO ET SCIATIQUE

DÉFINITION

Élongation ou déchirure des muscles, des tendons, des ligaments ou de l'aponévrose lombaire par suite d'un traumatisme ou d'un stress mécanique chronique. Parfois accompagnée d'une sciatique (douleur dans les fesses ou les jambes, ou les deux, le long du nerf sciatique, attribuable à une irritation des racines nerveuses).

CAUSES

- Contusions
- Entorse ligamentaire
- Entorse musculaire
- Tension musculaire liée à un stress mécanique
- Arthrose de la colonne
- Hernie discal

Facteurs de risque

- Vieillissement
- Périodes prolongées en position debout ou assise
- Mauvaise posture
- Grossesse
- Obésité
- Mauvaises techniques de soulèvement de charges
- Antécédents familiaux
- Ostéoporose
- Traumatismes antérieurs

SYMPTOMATOLOGIE

Faites une anamnèse détaillée, avec description précise de la douleur et des événements qui ont entouré sa survenue (p. ex. activité pratiquée au moment du traumatisme).

- Douleur localisée dans la région lombaire basse
- Irradiation possible de la douleur dans la fesse ou la jambe (p. ex. sciatique)
- Douleur constante parfois accompagnée de spasmes musculaires intenses et aigus
- Douleur accrue en position assise
- Douleur moindre en position couchée
- Douleur moindre au repos
- Douleur accrue par le mouvement
- Gêne dans l'exécution des activités de la vie quotidienne
- Gêne dans l'exécution des activités professionnelles
- Profession nécessitant de se pencher ou de soulever de lourdes charges
- Antécédents récents ou non de traumatismes
- Autres affections discales, osseuses ou articulaires préexistantes (p. ex. sténose du canal rachidien, arthrose)

OBSERVATIONS

- Douleur d'apparence modérée ou intense
- Posture anormale (client penché d'un côté)
- Difficulté à marcher (démarche ataxique)
- Le client est parfois incapable de se tenir droit en position assise ou debout.
- Déformation possible de la colonne vertébrale
- Ecchymoses ou tuméfaction possible des tissus mous
- Spasmes possibles des muscles paradorsaux
- Sensibilité possible de l'espace intervertébral dans la région lombaire et le long des muscles paravertébraux
- Limitation possible de l'amplitude des mouvements (notamment la flexion antérieure)
- Limitation possible de l'élévation du membre inférieur tendu à cause de la crispation des muscles, de spasmes ou de l'irritation radiculaire (sciatique)
- Réflexes normaux dans le cas d'une lésion des tissus mous, mais parfois anormaux dans le cas d'une atteinte radiculaire
- Faiblesse possible lors de la marche sur les talons ou les orteils (dans les cas d'atteinte radiculaire)
- Déficits sensoriels possibles (dans les cas d'atteinte radiculaire)
- Épreuve de la compression poplitée parfois positive (dans les cas d'atteintes radiculaires)
- Recherchez les signaux d'alerte de troubles potentiellement graves (*voir la rubrique « Signaux d'alerte de troubles potentiellement graves » dans la section « Lombalgies » plus haut*).

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Voir la rubrique « Causes de lombalgies » dans la section « Diagnostic différentiel des symptômes musculo-squelettiques dominants » plus haut.

COMPLICATIONS

- Lombalgie chronique ou récurrente
- Absentéisme au travail
- Dépendance à l'égard des analgésiques ou consommation abusive d'analgésiques
- Invalidité professionnelle

TESTS DIAGNOSTIQUES

En l'absence de tout signal d'alerte, aucune investigation spéciale ne s'impose pendant les 4 premières semaines où le client éprouve des douleurs lombaires mécaniques aiguës résultant d'un lumbago.

TRAITEMENT

Lorsque vous traitez un client souffrant d'une lombalgie aiguë non compliquée, recherchez les signaux d'alerte lorsque vous procédez à l'anamnèse et à l'examen physique. En l'absence de signaux d'alerte (même si la sciatique est présente), administrez un traitement conservateur et assurez un suivi étroit.

Objectifs

- Atténuer la douleur.
- Prévenir l'aggravation de la blessure.
- Éduquer et rassurer le client.

Consultation

Consultez le médecin pour les lombalgies modérées ou graves, en particulier si le client a plus de 50 ans, s'il présente des anomalies neurologiques ou si vous soupçonnez une cause organique sous-jacente.

Interventions non pharmacologiques

- Si l'évaluation initiale ne met en évidence aucune affection grave, assurez le client que son problème n'est pas grave et qu'il devrait bientôt se rétablir complètement.
- Comme les clients souffrant d'une sciatique mettent parfois plus de temps à guérir que ceux qui présentent des symptômes lombaires non spécifiques, ils peuvent avoir besoin de plus de conseils et de réconfort.
- Le repos au lit est utile lorsque la douleur et les spasmes gênent les mouvements; il ne doit cependant pas dépasser 3 jours, car il risquerait alors d'aggraver la douleur et l'invalidité.
- Le client doit diminuer toute activité physique astreignante pendant 1-2 semaines; sinon, il peut s'adonner à toute activité tolérée.
- Le client ne doit pas soulever de charges lourdes (> 11 kg [25 lb])
- Le client doit dormir sur un matelas ferme, avec un oreiller sous les genoux lorsqu'il est allongé sur le dos, ou entre les jambes lorsqu'il est allongé sur le côté.
- Il peut appliquer de la glace pour réduire les spasmes musculaires (12-14 minutes toutes les 2-4 heures pendant 24-48 heures).
- Il peut utiliser une bouillotte ou un coussin chauffant pour atténuer la raideur musculaire (en l'absence de douleur ou de spasme) après les 48 premières heures (pendant 20 minutes qid au besoin).
- Si le client fait de l'embonpoint, donnez-lui des conseils en matière de nutrition et sur les façons de perdre du poids.
- Le client pourrait avoir besoin d'un billet pour son absence du travail; le congé accordé doit être bref; l'objectif est de garder le client actif.

À éviter

- Position debout pendant une période prolongée
- Position assise pendant une période prolongée
- Soulèvement de charges > 11 kg (25 lb)
- Mouvements de levage et de torsion
- Posture affaissée (dos rond)

À encourager

- Support lombaire
- Changements de position fréquents
- Alignement normal de la colonne en position assise et debout
- Bonne techniques de levage

Éducation du client

La nécessité d'une éducation varie selon les clients et selon les étapes du traitement; le client manifestement inquiet peut avoir besoin d'explications plus détaillées.

Les clients qui ne se rétablissent pas en quelques semaines peuvent avoir besoin d'une éducation plus poussée au sujet des troubles du dos et d'être assurés qu'ils peuvent subir des tests spéciaux si leur rétablissement est trop lent.

- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (posologie, fréquence, abus, consommation excessive).
- Montrez au client les exercices de renforcement et de conditionnement du dos qu'il peut faire à la maison.
- Conseillez-lui de ne pas commencer ces exercices tant que ses symptômes n'auront pas diminué.

Interventions pharmacologiques

Analgésiques anti-inflammatoires pour atténuer la douleur :

ibuprofène (Motrin) (**médicament de classe A**), 200 mg, 1-2 comprimés PO tid-qid au besoin

ou

naproxen (Naprosyn) (**médicament de classe C**), 250 mg, 1-2 comprimés PO bid

ou

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 500 mg, 1-2 comprimés PO tid-qid au besoin

Si la douleur est modérée ou intense ou si les agents de première intention n'arrivent pas à atténuer la douleur :

acétaminophène avec codéine (Tylenol N° 2 ou N° 3) (**médicament de classe C**), 1-2 comprimés PO toutes les 4 heures au besoin (maximum 15 comprimés) — *peut être utilisé parallèlement aux anti-inflammatoires*

Surveillance et suivi

Prévoyez un suivi après 1-2 jours, puis aux 2 semaines jusqu'au rétablissement.

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Adressez le client à un médecin si ses symptômes persistent après 4 semaines ou plus tôt s'ils s'aggravent malgré le traitement conservateur.
- Prévoyez une consultation chez un physiothérapeute (si cela peut se faire facilement).

GOUTTE

DÉFINITION

Affection inflammatoire des articulations périphériques liée à de fortes concentrations d'acide urique dans les articulations et les os, qui frappe surtout les hommes de 30 à 60 ans.

CAUSES

- *Goutte primitive* : Fortes concentration d'acide urique attribuables soit à une production accrue, soit à une excrétion diminuée de l'acide urique
- *Goutte secondaire* : Hyperuricémie attribuable à des affections primaires acquises, comme l'hypertension, l'insuffisance rénale, l'anémie hémolytique, la glycogénose, le psoriasis, la sarcoïdose ou un déficit enzymatique.

Facteurs de risque

- Obésité
- Saturnisme
- Prise de médicaments (salicylates, diurétiques thiazidiques, corticostéroïdes, médicaments cytotoxiques, diazépam, éthambutol, acide nicotinique)
- Abus d'alcool (en particulier épisodes de consommation excessive)
- Autres facteurs de risque : antécédents familiaux, diabète sucré, hypertension, insuffisance rénale, hypothyroïdie, hyper- ou hypo-parathyroïdie, anémie pernicieuse

SYMPTOMATOLOGIE

- Douleur soudaine dans une articulation
- Le gros orteil est le siège de douleur le plus fréquent au départ.
- Le cou-de-pied, la cheville, le genou, le poignet et le coude sont parfois touchés.
- Presque tous les accès sont monoarticulaires.
- L'atteinte articulaire généralisée survient rarement, et est accompagnée de fièvre, de frissons et d'un malaise général.
- La douleur, qui survient en général spontanément, est intense, pulsatile et continue.
- La première crise commence la nuit ou tôt le matin.
- Elle est parfois précipitée par un traumatisme, un excès d'alcool, une infection récente, un stress émotionnel ou la prise de certains médicaments (diurétiques, pénicilline, insuline).
- Les accès sont récurrents.
- Tendance familiale
- Frappe les hommes et les femmes postménopausées.

OBSERVATIONS

Accès aigu

- Température habituellement normale
- Température parfois légèrement élevée lorsque plusieurs articulations sont atteintes
- Fréquence cardiaque parfois élevée
- Le client semble sujet à une douleur intense.
- Il a du mal à marcher ou est incapable de s'appuyer sur le membre affecté.
- L'articulation métatarsophalangienne ou interphalangienne du gros orteil présente les caractéristiques suivantes : rougeur et tuméfaction; la peau est tendue et brillante; l'amplitude des mouvements est réduite et les mouvements sont douloureux; l'articulation est extrêmement sensible et est tiède ou chaude au toucher.

Goutte chronique

- Déformation articulaire possible
- Présence possible de tophi (dépôts crayeux) dans le pavillon de l'oreille, la bourse séreuse olécranienne, sur le dos de la main, la surface cubitale des avant-bras, le tendon d'Achille et les articulations des mains et des pieds

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Arthrite septique
- Pseudo-goutte
- Bursite
- Cellulite
- Ostéomyélite
- Arthrose accompagnée d'inflammation aiguë
- Polyarthrite rhumatoïde
- Oignon

COMPLICATIONS

- Accès récurrents
- Déformation articulaire et mobilité réduite
- Douleur chronique
- Calculs rénaux
- Néphropathie (parfois 10 ans après la survenue de la goutte)
- Tophi (dépôts de cristaux d'acide urique dans les tissus mous)

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Mesurez l'acide urique sérique (élevée si > 0,45 mmol/l [7,5 mg/dl])
- Prélevez un échantillon de sang pour une leucocytémie (élevée en phase aiguë).
- Déterminez la vitesse de sédimentation globulaire (VSG) (élevée en phase aiguë).
- Déterminez le taux d'excrétion urinaire d'acide urique pour 24 heures (un taux > 900 mg évoque une surproduction).

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager les symptomes.
- Prévenir les récidives.
- Prévenir les complications.

Consultation

Consultez un médecin si le client est gravement malade ou fébrile à la première consultation. Consultez également s'il ne répond pas au traitement après 24-48 heures.

Interventions non pharmacologiques

- Le client doit garder le lit pendant la phase aiguë; pas de mise en charge.
- Immobilisez l'articulation jusqu'à ce que les symptômes hyperaigus soient maîtrisés.
- Le client doit accroître sa consommation de liquide pendant l'accès (8 verres par jour).
- Le client ne doit pas boire de l'alcool.
- Régime faible en graisses (pour réduire les purines alimentaires, en cas d'apport excessif)
- Une perte de poids aidera à long terme le client obèse.

Éducation du client

- Expliquez au client la nature chronique et l'évolution de la maladie.
- Expliquez-lui l'utilisation appropriée des médicaments (posologie, fréquence, effets secondaires, adhésion au traitement entre les accès pour prévenir d'autres crises).
- Conseillez-lui d'éviter les facteurs déclenchants connus.
- Expliquez-lui comment prévenir l'irritation (p. ex. chaussures bien ajustées, pas de déplacements pieds nus à la maison).
- Conseillez-lui de revenir à la clinique dès le premier signe de récidive.
- Conseillez-lui de prendre des anti-inflammatoires dès les premiers signes d'une crise aiguë.

Interventions pharmacologiques

Pour la crise aiguë, atténuez la douleur et l'inflammation avec des AINS :

ibuprofène (Motrin) (**médicament de classe A**), 200 mg, 2-3 comprimés PO tid-qid jusqu'à disparition des symptômes aigus, puis diminution graduelle jusqu'à cessation complète du traitement après 72 heures

ou

naproxen (Naprosyn) (**médicament de classe C**), 250 mg PO bid pendant 7 jours

L'AAS (Aspirine) est contre-indiquée pour la goutte.

Lorsque la douleur est intense, il faut parfois recourir à d'autres analgésiques jusqu'à ce que les anti-inflammatoires commencent à faire effet :

acétaminophène avec codéine (Tylenol N° 2 ou N° 3) (**médicament de classe C**), 1-2 comprimés PO toutes les 4 heures au besoin (maximum 15 comprimés)

Surveillance et suivi

- Faites un suivi après 24 heures pour vérifier la réponse au traitement.
- Faites un autre suivi après 1 mois pour évaluer l'état du client.
- Dans le cas des clients souffrant de goutte chronique, mesurez les taux d'acide urique chaque année et évaluez l'observance de la prophylaxie.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Consultez un médecin au sujet du traitement prophylactique des clients présentant des épisodes récurrents.

Prophylaxie de la goutte

L'allopurinol (Zyloprim) (**médicament de classe B**) est le médicament de première intention (100 mg PO par jour).

Indications de prophylaxie

- Présence de tophi
- Taux de sécrétion urinaire d'acide urique pour 24 heures > 1000 mg
- Antécédents de calculs rénaux de tout type
- Insuffisance rénale
- Néphropathie liée à l'acide urique
- Allergie aux uricosuriques

ARTHROSE (ARTHROPATHIE CHRONIQUE DÉGÉNÉRATIVE)

DÉFINITION

Affection dégénérative du cartilage des articulations mobiles. Inflammation synoviale variable, nouvelles formations osseuses sur les surfaces articulaires (ostéophytes).

CAUSES

- Inconnues
- Facteurs associés : vieillissement, traumatisme articulaire antérieur, surmenage chronique des articulations, altérations biomécaniques, obésité, troubles métaboliques (p. ex. maladie de Wilson), infection antérieure d'une articulation, troubles endocriniens (p. ex. diabète sucré), maladie par dépôts de cristaux

SYMPTOMATOLOGIE

- Antécédents familiaux
- Client habituellement âgé de plus de 50 ans
- Douleur articulaire (Les articulations les plus atteintes sont les articulations interphalangiennes distales (IPD), les articulations interphalangiennes proximales (IPP), les articulations métacarpophalangiennes (MCP), les genoux, les hanches, la colonne cervicale et la colonne lombaire.)
- Douleur constante
- Douleur souvent exacerbée par les changements météorologiques
- Douleur accrue à l'activité
- Douleur atténuée au repos
- Raideur articulaire localisée possible le matin ou après une période d'inactivité
- Diminution rapide de la raideur avec le mouvement (en moins de 30 minutes)
- Absence de raideur articulaire généralisée
- Crépitation (articulation bruyante) possible
- Augmentation du volume articulaire possible, accompagnée d'une limitation de l'amplitude des mouvements
- Accès de douleur possibles après un exercice inhabituel

OBSERVATIONS

L'étendue et le profil des observations varient.

- Gêne possible de la mobilité si la colonne vertébrale, les hanches ou les genoux sont atteints
- Les articulations semblent parfois grossies et déformées.
- L'amplitude des mouvements est limitée selon l'ampleur de l'atteinte articulaire.
- La force musculaire et la stabilité des articulations (ligaments) sont parfois affectées.
- Formation d'ostéophytes (épaississements osseux)
- Les articulations IPD présentent parfois des ostéophytes sur leurs faces dorsale et marginale (nodosité d'Heberden).
- Aucune rougeur ou tuméfaction manifeste à moins qu'il y ait un épisode de synovite réactionnelle secondaire.
- Sensibilité possible aux stades tardifs de la maladie
- On peut sentir ou entendre des crépitations lors du mouvement de l'articulation.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Autres formes d'arthrite et d'affections articulaires
- Bursite trochantérienne (chez les clients présentant des troubles de la hanche)
- Troubles ligamenteux ou méniscaux, bursite locale, arthrophytes (chez les patients présentant des troubles du genou)

COMPLICATIONS

- Douleur chronique
- Destruction articulaire progressive accompagnée de douleur et d'une diminution croissante des fonctions
- Atteinte radiculaire rachidienne

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager ou atténuer les symptômes.
- Conserver la fonction articulaire.
- Prévenir les complications.

Le traitement dépend de la gravité de l'arthrose et de la présence d'une inflammation réactionnelle associée (synovite). Il doit être adapté à chaque client.

Consultation

Consultez un médecin si le client est âgé de plus de 50 ans, si l'atteinte articulaire est atypique ou si vous soupçonnez une dysfonction nerveuse.

Interventions non pharmacologiques

- Stratégies de réduction du poids pour diminuer le stress imposé aux articulations si le client est obèse
- Programme d'exercices quotidien (la marche est idéale) pour conserver la fonction articulaire et limiter l'invalidité
- Exercices d'amplitude et de renforcement musculaire
- Application alternée de chaleur et de froid pour atténuer la douleur articulaire
- Dissuadez le client de garder le lit ou de demeurer inactif, car cela entraîne une perte de fonction encore plus prononcée et accroît l'immobilité.

Éducation du client

- Expliquez au client le pronostic, le processus et l'évolution prévue de la maladie.
- Expliquez-lui l'utilisation appropriée des médicaments (posologie, fréquence, effets secondaires).

Interventions pharmacologiques

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 heures au besoin

Si la douleur n'est pas suffisamment maîtrisée, ajoutez des AINS à faible dose, sauf s'il y a contre-indication (p. ex. insuffisance cardiaque, hypertension, insuffisance rénale, ulcère gastro-duodénal) :

ibuprofène (Motrin) (**médicament de classe A**), 200 mg,
1-2 comprimés PO qid au besoin

ou

naproxen (Naprosyn) (**médicament de classe A**), 125 mg bid au besoin

Surveillance et suivi

Faites un suivi aux 6-12 mois. Les clients qui prennent des doses quotidiennes d'acétaminophène, d'AAS ou d'autres AINS doivent faire l'objet d'une surveillance régulière : formule sanguine, taux de créatinine, taux d'électrolytes, tests d'exploration fonctionnelle hépatique et analyse de selles (à la recherche de sang occulte).

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un médecin si le traitement conservateur ne permet pas de maîtriser ses symptômes. Prenez des dispositions pour une physiothérapie (si cela peut se faire facilement).

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

DÉFINITION

Affection inflammatoire générale chronique intéressant principalement les articulations périphériques. Certaines manifestations extra-articulaires sont courantes, dont les nodules rhumatoïdes, l'artérite, la neuropathie périphérique, la kératoconjonctivite, la péricardite et la splénomégalie.

CAUSES

– Essentiellement inconnues
– Trouble autoimmun
– Infection virale

Facteurs de risque

– Survient habituellement chez les femmes de 30 à 60 ans.
– Antécédents familiaux
– Ascendance autochtone

SYMPTOMATOLOGIE

– Maladie générale ou traumatisme récent possible
– L'apparition des symptômes est généralement insidieuse.
– Les mains, les poignets, les coudes, les épaules, les chevilles et les pieds sont les articulations les plus fréquemment atteintes; douleur, tuméfaction, raideur, chaleur et rougeur des articulations.
– La douleur et la raideur sont exacerbées par le repos prolongé ou l'activité vigoureuse.
– Raideur articulaire présente pendant au moins 1 heure au lever le matin pendant plus de 6 semaines
– Fatigue, malaise général, anorexie et perte de poids durant les phases d'exacerbation aiguë

À mesure qu'évolue la maladie :

– la raideur matinale et au repos dure plus longtemps (cette augmentation dans le temps est un signe fiable de la progression de la maladie);
– en évoluant, la maladie s'étend à beaucoup d'autres articulations;
– destruction articulaire progressive, déformations.

OBSERVATIONS

Exacerbation aiguë

– Le client est assez souffrant.
– La température peut être élevée.
– La fréquence cardiaque peut être élevée.
– Tuméfaction des articulations atteintes (atteinte articulaire généralement bilatérale et symétrique)
– Rougeur possible des articulations atteintes
– Chaleur et sensibilité des articulations atteintes
– Réduction de l'amplitude des mouvements

Maladie évolutive chronique

– Hypertrophie des articulations atteintes
– Les articulations se déforment : les articulations IPP deviennent fusiformes; il y a parfois rétraction en flexion (p. ex. déformation en col de cygne); déviation cubitale des articulations MCP; déviation des poignets.
– Nodules rhumatoïdes sous-cutanés possibles
– Perte de poids progressive possible

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

– Arthrose accompagnée d'inflammation
– Arthrite septique
– Pseudopolyarthrite rhizomélique
– Lupus érythémateux disséminé
– Goutte
– Rhumatisme psoriasique
– Arthrite gonococcique
– Syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter (chez les hommes)
– Maladie de Lyme
– Polymyosite
– Affections intestinales inflammatoires (p. ex. maladie de Crohn, rectocolite hémorragique)

COMPLICATIONS

– Douleur chronique
– Destruction articulaire progressive
– Perte de mobilité
– Anémie de maladie chronique
– Atteinte pulmonaire et rénale
– Dermatite
– Péricardite

TESTS DIAGNOSTIQUES

Avant de commencer à prendre des médicaments, les clients n'ayant pas fait l'objet d'un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde doivent subir quelques tests de laboratoire de base : formule sanguine, VSG, facteur rhumatoïde, anticorps antinucléaires, taux de créatinine et d'électrolytes, exploration de la fonction hépatique. Des analyses d'urine s'imposent également avant le début du traitement médicamenteux.

TRAITEMENT

Objectifs

– Soulager la douleur.
– Réduire l'inflammation.
– Préserver la fonction articulaire.
– Prévenir l'invalidité à long terme.

Consultation

Consultez le médecin pour :

– les clients n'ayant jamais reçu de diagnostic de polyarthrite rhumatoïde;
– les clients dont le traitement actuel ne permet pas de maîtriser la maladie;
– les clients dont la maladie est évolutive;
– les clients chez qui se développent des complications.

Interventions non pharmacologiques

Épisode aigu

– Repos suffisant et alimentation appropriée
– Mise au repos des articulations atteintes
– Attelle pour l'articulation atteinte durant la phase aiguë au besoin
– Application de glace au besoin pour atténuer la douleur et la tuméfaction des articulations atteintes

Mesures à long terme

– Régime alimentaire équilibré
– Programme d'exercice pour maintenir la mobilité articulaire et la force musculaire
– Maintien du poids corporel idéal

Éducation du client

– Expliquez au client le processus, l'évolution et le pronostic de la maladie.
– Expliquez-lui l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, effets secondaires, adhésion au traitement).
– Recommandez-lui de prendre ses médicaments avec les repas pour réduire les perturbations gastro-intestinales.
– Soulignez l'importance de faire de l'exercice chaque jour pour maintenir la fonction et la mobilité des articulations.
– Évaluez le réseau de soutien familial et incitez les membres de la famille à participer au programme de traitement du client.
– Demandez au client de revenir à la clinique en cas d'épisode aigu.

Interventions pharmacologiques

Analgésiques anti-inflammatoires :

AAS entéro-soluble (**médicament de classe A**), 975-1950 mg PO qid (augmentez la dose en commençant par la plus faible)

ou

ibuprofène (Motrin) (**médicament de classe A**), 200 mg, 2-3 comprimés PO tid-qid

ou

naproxen (Naprosyn) (**médicament de classe C**), 250 mg, 1-2 comprimés PO bid

Surveillance et suivi

Épisode aigu

– Faites un suivi après 48-72 heures pour vérifier la réponse au traitement.

Surveillance à long terme

– Faites un suivi régulier (la fréquence dépend du stade de la maladie).
– Déterminez le poids, l'appétit, le degré d'énergie et le sentiment de bien-être du client.
– Surveillez les symptômes pour voir si la maladie progresse.
– Déterminez l'efficacité du traitement.
– Favorisez la mobilité des articulations au moyen d'un programme d'exercices.
– Décelez toute exacerbation aiguë.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Orientez sans tarder vers les ressources appropriées les clients qui présentent une inflammation articulaire persistante (> 3 mois) et tous ceux qui souffrent d'une maladie grave. Organisez une consultation en physiothérapie (si cela peut se faire facilement).

URGENCES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

ARTHRITE SEPTIQUE

DÉFINITION

Infection articulaire d'origine bactérienne

CAUSES

Au nombre des organismes pathogènes fréquents figurent *Neisseria gonorrheae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Mycobacterium tuberculosis*, les bacilles Gram négatifs et, parfois, *Hemophilus*. L'infection par des agents viraux ou fongiques est rare, mais peut survenir chez les clients immunodéprimés.

Facteurs de risque

- Traumatisme
- Chirurgie articulaire récente
- Prothèse articulaire
- Propagation de l'ostéomyélite aux structures contiguës
- Extension d'une cellulite
- Dissémination hématogène de bactéries (dans 80 % à 90% des cas)
- Affection articulaire préexistante (p. ex. polyarthrite rhumatoïde)
- Consommation de drogues injectables
- Utilisation antérieure d'antibiotiques, de corticostéroïdes ou d'immunosuppresseurs
- Maladie chronique grave (p.ex. diabète sucré, maladie du foie, affection maligne)
- Immunodéficience primaire (p. ex. VIH)

SYMPTOMATOLOGIE

- Présence d'un des facteurs de risque énumérés plus haut
- Fièvre et frissons
- Apparition soudaine d'une douleur monoarticulaire aiguë
- Chaleur
- Rougeur
- Tuméfaction
- En règle générale, atteinte d'une grosse articulation
- Le client est incapable de se porter sur le membre atteint ni de mobiliser l'articulation.
- Présence possible d'une urétrite, d'une salpingite ou de lésions cutanées hémorragiques récentes (évoquant une infection gonococcique)

OBSERVATIONS

Absence possible des symptômes classiques d'inflammation aiguë chez les personnes âgées, chez celles qui souffrent de maladies chroniques débilitantes ou chez les clients sous corticothérapie.

- Température élevée
- Fréquence cardiaque élevée
- Le client a l'air malade et très souffrant.
- Rougeur articulaire (dans seulement 50 % des cas)
- Tuméfaction articulaire (à cause de l'épanchement)
- Limitation sévère de l'amplitude des mouvements
- Résistance active à la mobilisation de l'articulation
- Présence possible de lésions cutanées hémorragiques
- Chaleur de l'articulation (dans seulement 50 % des cas)
- Sensibilité de l'articulation
- Hypertrophie et sensibilité des ganglions lymphatiques locaux

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Synovite localisée due à un traumatisme
- Bursite
- Cellulite
- Rhumatisme articulaire aigu
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive
- Goutte ou pseudo-goutte évolutive
- Syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter
- Rhumatisme psoriasique
- Maladie de Lyme

COMPLICATIONS

- Septicémie
- Choc septique
- Ostéomyélite
- Destruction articulaire
- Perte du membre

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Atténuer la douleur et la tuméfaction
- Prévenir les complications

Consultation

Consultez un médecin immédiatement.

Interventions non pharmacologiques

- Repos au lit
- Placez le membre dans une attelle, en utilisant des oreillers ou une planche dorsale, pour protéger la région atteinte.

Traitement adjuvant

Entamez un traitement IV avec un soluté physiologique pour garder la veine ouverte.

Interventions pharmacologiques

Analgésiques ou antipyrétiques :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 heures au besoin

Envisagez d'amorcer une antibiothérapie IV après consultation du médecin si le transfert vers l'hôpital doit être reporté de plus d'une ou deux heures. Si aucun médecin n'est disponible, administrez :

pénicilline G sodique (Crystapen) (**médicament de classe A**), 2 millions d'unités IV toutes les 4 heures

Surveillance et suivi

Vérifiez les signes vitaux fréquemment.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale dès que possible.

OSTÉOMYÉLITE

DÉFINITION

Infection osseuse

CAUSES

Infection d'origine bactérienne (les agents pathogènes les plus fréquents sont *Staphylococcus aureus* et *Streptococcus*)

Facteurs de risque

- Propagation d'une infection existante des tissus mous
- Traumatisme
- Pénétration des micro-organismes directement dans les os
- Dissémination hématogène d'une infection préexistante

Les personnes souffrant de diabète, de maladies vasculaires périphériques accompagnées d'ulcérations cutanées chroniques, ou d'une infection cutanée chronique sont particulièrement sujettes à l'ostéomyélite.

SYMPTOMATOLOGIE

- Présence d'un des facteurs de risque énumérés ci-dessus
- Fièvre possible (légère ou modérée)
- Infection possible de l'épiderme et des tissus sous-cutanés
- Douleur localisée, accrue par la mise en charge ou la mobilisation de l'articulation atteinte
- Chaleur, rougeur et tuméfaction de la région atteinte
- Présence possible d'une fistule

Ostéomyélite à diffusion hématogène

- Foyer initial de l'infection souvent non apparent
- Survient le plus souvent dans les vertèbres.
- Se manifeste par une douleur dorsale persistante accompagnée ou non de fébricule.
- Peut également se manifester par une douleur aiguë accompagnée d'une forte fièvre, de spasmes des muscles paravertébraux et par une rigidité des mouvements (apparence de pyélonéphrite).

OBSERVATIONS

- Température parfois élevée
- Fréquence cardiaque modérément élevée
- Le client est assez souffrant.
- Douleur plus marquée à la mise en charge
- Tuméfaction et rougeur cutanée de la région atteinte
- Diminution de l'amplitude des mouvements lorsque l'articulation adjacente est atteinte.
- Fistule possible avec écoulement purulent
- Région chaude et sensible au toucher

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Arthrite infectieuse
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive
- Cellulite

COMPLICATIONS

- Ostéomyélite chronique
- Douleur osseuse chronique
- Perte du membre atteint
- Abcès sous-cutané

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Enrayer l'infection.
- Prévenir les complications.

Consultation

Consultez un médecin immédiatement.

Interventions non pharmacologiques

- Repos au lit
- Surélévation et immobilisation de la région atteinte.

Traitement adjuvant

Amorcez un traitement IV avec un soluté physiologique pour garder la veine ouverte.

Intervention pharmacologiques

Antipyrétiques ou analgésiques :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 heures au besoin

Envisagez d'amorcer une antibiothérapie IV (antibiotiques prescrits par un médecin) si le transfert vers l'hôpital est retardé ou s'il est impossible de consulter un médecin rapidement :

pénicilline G sodique (Crystapen) (**médicament de classe A**), 2 millions d'unités IV toutes les 4 heures

et

cloxacilline (Orbénine) (**médicament de classe A**), 500-1000 mg toutes les 6 heures

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale sans tarder. Cette affection commande une antibiothérapie prolongée.

FRACTURES DES MEMBRES

DÉFINITION

Rupture de continuité du tissu osseux.

CAUSES

- Traumatisme
- Fracture pathologique consécutive à une maladie préexistante (p. ex. ostéoporose)

Types de fractures

- *Fracture fermée (simple)* : fracture qui ne communique pas avec le milieu extérieur.
- *Fracture ouverte (exposée)* : fracture qui communique avec le milieu extérieur (par une lacération de la peau).
- *Fracture comminutive* : fracture comportant trois fragments ou plus.
- *Fracture-avulsion (par arrachement)* : fracture dans laquelle un fragment osseux est tiré hors de sa position normale par la contraction musculaire ou la résistance d'un ligament.
- *Fracture en bois vert* : fracture angulée incomplète d'un os long, observée le plus souvent chez les enfants.
- *Fracture sans déplacement* : fracture dans laquelle les fragments osseux ont conservé leur position anatomique.
- *Fracture déplacée* : fracture dans laquelle les fragments osseux n'ont pas conservé leur position anatomique.

SYMPTOMATOLOGIE

- Déterminez les circonstances exactes dans lesquelles la fracture s'est produite (mécanisme de blessure)
- Douleur
- Tuméfaction
- Perte de fonction
- Engourdissement distal par rapport au siège de la fracture (possible)

FRACTURES COURANTES

– *Fracture de la clavicule : Voir la section « Fracture de la clavicule » plus loin dans le présent chapitre*.
– *Fracture de la tête de la tête radiale (coude)* : Habituellement causée par une chute sur un bras en extension. Le client est réticent à tourner sa main vers le bas (pronation) ou à fléchir le coude à plus de 90°.
– *Fracture de l'extrémité inférieure du radius (poignet*) : Chez les adultes, la fracture de ce type la plus courante est la fracture de Pouteau-Colles, qui est extra-articulaire et se produit à 2,5-3 cm (1-1,2 pouce) en amont de la surface articulaire du radius distal. Cette fracture se produit lorsque la main est en dorsiflexion; le fragment distal est angulé dorsalement et présente une déformation « en dos de fourchette ».
– *Fracture du métacarpe* : Également appelée « fracture du boxeur », cette fracture intéresse le col distal du cinquième métacarpien et résulte généralement d'un coup donné avec le poing fermé contre une surface (en général un mur ou un réfrigérateur). La douleur est localisée dans l'os métacarpien lésé.
– *Fracture du doigt :* Il y a trois types de fractures du doigt : 1) Les fractures de la phalange distale sont habituellement des lésions par écrasement du bout du doigt. (2) Les fractures des phalanges moyenne et proximale doivent faire d'un examen à la recherche d'une angulation (radiographie) ou d'une rotation (examen clinique), et commandent toutes deux une réduction. (3) Les petites fractures-avulsions (< 25 %) de la base de la phalange moyenne surviennent lors d'une hyperextension.
– *Fracture du bassin :* Souvent associée à un traumatisme majeur, cette fracture provoque souvent une importante hémorragie. *Voir la section « Fracture du bassin » du chapitre 14, « Urgences générales et traumatismes majeurs »*.
– *Fracture de la hanche :* Ce type de fracture est fréquent chez les personnes âgées et n'est pas toujours très douloureux.
– *Fracture du fémur :* Souvent associée à un traumatisme majeur, cette fracture peut provoquer une importante hémorragie.
– *Fractures du tibia et du péroné*
– *Fracture de la cheville*

OBSERVATIONS

– Présence possible de lacérations cutanées et d'os en saillie dans le cas des fractures ouvertes
– Ecchymoses et tuméfaction
– Diminution de l'amplitude des mouvements
– La région atteinte est parfois pâle si la circulation sanguine y est gênée.
– Le membre est frais, le pouls absent et la sensibilité diminuée lorsque la circulation sanguine est interrompue dans la région atteinte.
– Vérifiez la température de la région atteinte et la présence des pouls distaux par rapport au siège de la fracture.
– Vérifiez (avec la tête et la pointe d'une épingle) la sensibilité tactile distale par rapport au siège de la fracture.
– La région atteinte est extrêmement sensible.
– Lorsque les os sont déplacés, on sent parfois des crépitations.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

– Entorse grave
– Contusion sévère
– Luxation

COMPLICATIONS

Au cours des premières heures

– Hémorragie
– Lésion des artères, des paquets vasculonerveux et des tissus mous avoisinants.

Au cours des premières semaines

– Infection de la plaie
– Embolie graisseuse
– Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte
– Infection thoracique
– Coagulopathie intravasculaire disséminée
– Exacerbation d'une maladie générale
– Syndrome de loge possible dû au plâtre

Au cours des mois ou des années suivantes

– Déformation
– Arthrose des articulations adjacentes ou distantes
– Nécrose aseptique
– Chondromalacie traumatique
– Syndrome algodystrophique

TESTS DIAGNOSTIQUES

Radiographie si possible mais seulement si le résultat peut avoir une incidence sur la décision de transférer le client à l'hôpital.

TRAITEMENT

La plupart des os fusionnent en 6-8 semaines; ce délai est parfois plus long pour les os des membres inférieurs et moins long chez les enfants.

Objectifs

- Stabiliser la fracture.
- Atténuer la douleur.
- Prévenir ou traiter les complications.

Consultation

Consultez le médecin pour toutes les fractures soupçonnées ou confirmées.

Interventions non pharmacologiques

Ne plâtrez pas les fractures.

Ne tentez pas de réduire une fracture déplacée.

- Immobilisez et soutenez la région blessée à l'aide d'attelles, d'une attelle postérieure ou d'une écharpe (pour les membres supérieurs).
- N'administrez rien par voie orale aux victimes d'une fracture déplacée, car elles pourraient avoir besoin d'une intervention chirurgicale.

Éducation du client

- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (dose et fréquence).
- Conseillez-lui de surélever le membre fracturé le plus possible au cours des premiers jours pour atténuer la tuméfaction.
- Montrez-lui comment prendre soin de son plâtre et comment le garder sec; dites-lui d'éviter d'y insérer des objets, car cela pourrait blesser la peau.
- Conseillez-lui de revenir à la clinique si la douleur augmente, s'il ressent des picotements, si le membre s'engourdit ou devient froid, ou si l'extrémité du membre change de couleur.
- Montrez-lui comment prendre soin du membre blessé après l'enlèvement du plâtre : garder la peau propre et bien hydratée avec de l'huile ou de la gelée de pétrole pour prévenir l'assèchement, la desquamation et l'infection. Le client doit faire des exercices d'amplitude de mouvement pour retrouver sa mobilité articulaire (prévenez-le que ces exercices peuvent être douloureux et qu'il faut parfois un certain temps avant de retrouver complètement sa mobilité).

Traitement adjuvant

Si le client victime d'une fracture majeure (p. ex. fémur, bassin, hanche) est hypotendu, traitez-le pour un état de choc :

- Administrez de l'oxygène à raison de 6-10 l/min; maintenez le taux de saturation en oxygène au-dessus de 97 % à 98 %.
- Mettez en place deux tubulures IV de gros calibre et administrez un soluté physiologique ou du lactate de Ringer.

Pour le traitement d'un état de choc hypovolémique, *voir la section « État de choc » du chapitre 14, « Urgences générales et traumatismes majeurs ».*

Interventions pharmacologiques

Analgésiques :

méperidine (Demerol) (**médicament de classe D**), 50-100 mg IM q3-4 h au besoin

ou

acétaminophène avec 30 mg de codéine (Tylenol N° 3) (**médicament de classe D**), 1-2 comprimés PO toutes les 4 heures au besoin

Surveillance et suivi

- Surveillez les signes vitaux et recherchez les signes de tachycardie ou d'hypotension; un état de choc peut survenir dans les cas de fractures majeures du bassin ou du fémur.
- Surveillez l'état neurovasculaire de la région en aval du siège de la fracture.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à une évacuation médicale.

PRISE EN CHARGE DES FRACTURES DES MEMBRES SUPÉRIEURS

Fracture de la tête radiale

Le traitement d'une fracture sans déplacement consiste à mettre le bras en écharpe et à appliquer une attelle postérieure sur le coude, pendant 1-2 semaines; le client doit commencer des exercices d'amplitude après une semaine. Il doit porter l'écharpe pendant une semaine de plus et subir une radiographie de contrôle pour vérifier qu'aucun déplacement ne s'est produit à cause de la mobilisation.

Les victimes de fractures déplacées de la tête radiale doivent être dirigées vers un orthopédiste pour une réparation chirurgicale.

Fracture du radius

Procédez à la réduction par traction et manipulation. Une fois la fracture réduite, le client doit porter un plâtre court pendant 5-8 semaines. Dans le cas d'une fracture sans déplacement, plâtrez pour 6 semaines sans réduire.

Fracture des métacarpiens

Les fractures sans déplacement de la base des métacarpiens sont traitées par immobilisation dans un plâtre court. Les fractures déplacées doivent être réduites par traction, avec pression locale sur l'extrémité proximale en saillie de la fracture du métacarpien. Une radiographie de contrôle après 7 jours. S'il y a une instabilité après la réduction ou s'il s'agit d'une fracture comminutive, le client doit être adressé à un orthopédiste pour une fixation interne par réduction chirurgicale.

Fracture de la phalange distale

Une attelle protectrice placée sur la phalange pendant plusieurs semaines suffit habituellement.

Fracture des phalanges moyennes et proximale

Les fractures extra-articulaires sans déplacement peuvent être traitées par une immobilisation de 1-2 semaines suivie par la pose d'une attelle dynamique fixée au doigt adjacent.

Les grosses fractures intra-articulaires ou déplacées sont habituellement instables et commandent les soins d'un orthopédiste.

Petite fracture-avulsion (< 25 %) de la base de la phalange moyenne

Ces fractures demandent une immobilisation de 2-3 semaines avec flexion maximale de 15° à l'articulation IPP; le doigt doit ensuite être relié au doigt adjacent par un bandage pendant 3-6 semaines.

FRACTURE DE LA CLAVICULE

DÉFINITION

Les fractures de la clavicule sont courantes et représentent environ 5 % des fractures traitées en soins primaires. Il faut une force plus grande pour provoquer une fracture de la clavicule chez l'adulte que chez l'enfant. La guérison est en outre plus lente chez l'adulte, et le risque de complications, plus grand.

Les clavicules sont les seules articulations qui rattachent la ceinture scapulaire au tronc. Elles protègent d'importants vaisseaux sanguins, les poumons et le plexus brachial, qui peuvent être lésés par les extrémités pointues des fragments osseux.

Quatre-vingt pour cent des fractures de la clavicule touchent le tiers moyen de l'os (classe A), 15 % le tiers distal ou externe (classe B) et 5% le tiers proximal ou interne (classe C).

Les fractures de classe B se subdivisent en trois types :

- *Type 1 (sans déplacement) :* ligaments de soutien intacts; aucun déplacement important des fragments osseux.
- *Type 2 (fracture déplacée) :* Rupture du ligament coracoclaviculaire avec déplacement vers le haut du segment proximal à cause du muscle sternocléidomastoïdien.
- *Type 3 (surface articulaire) :* fracture intéressant l'articulation acromioclaviculaire.

CAUSES

- Chute sur l'épaule ou l'extrémité du bras en extension
- Traumatisme direct dans la région de la clavicule

SYMPTOMATOLOGIE

- Chute sur un bras en extension ou sur l'épaule, ou traumatisme direct à la clavicule
- Douleur (modérée ou intense), notamment à la mobilisation du bras

OBSERVATIONS

- Sensibilité
- Tuméfaction au siège de la fracture
- Déformation
- Ecchymoses, notamment lorsqu'un déplacement prononcé provoque le soulèvement en tente de la peau
- Hémorragie due à une fracture ouverte (rare)
- Non-utilisation du bras du côté atteint

Il faut faire un examen neurovasculaire et ausculter le thorax (pour éliminer cliniquement l'éventualité d'un pneumothorax).

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Luxation
- Fracture de l'épaule
- Pneumothorax (suffocant et traumatique) causé par une côte fracturée
- Lésion de la coiffe des rotateurs
- Lésion de l'articulation sternoclaviculaire

COMPLICATIONS

- Compression possible du plexus brachial attribuable à la formation d'un cal hypertrophique pouvant causer une neuropathie périphérique
- Fusion retardée ou absence de fusion (notamment dans le cas de fractures du tiers distal)
- Aspect inesthétique
- Arthrite post-traumatique
- Lésion intrathoracique (comme dans le cas d'une fracture de la première côte, il faut une grande force pour provoquer une fracture du tiers proximal de la clavicule et il est impératif d'éliminer l'éventualité de lésions sous-jacentes)
- Pneumothorax
- Lésion d'une artère ou d'une veine sous-claviculaire
- Lésion de la veine jugulaire interne
- Lésion de l'artère axillaire

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Radiographie courante de la clavicule (on peut habituellement voir la fracture sur un cliché AP)
- Radiographie thoracique lorsqu'on soupçonne un pneumothorax

TRAITEMENT

Objectifs

- Détecter et traiter les lésions associées qui pourraient être fatales.
- Stabiliser le siège de la fracture.
- Soulager la douleur.
- Déceler et traiter les complications.

Les fractures de la clavicule non compliquées peuvent être prises en charge par un fournisseur de soins primaires.

Interventions non pharmacologiques

- Utilisez la méthode de l'ABC (voies aériennes, respiration, circulation) pour l'évaluation et la stabilisation.
- Procédez à un examen secondaire rigoureux.
- Appliquez des compresses froides sur la blessure.
- Immobilisez le bras au moyen d'une écharpe.

Classe A (Fractures du tiers moyen)

- Traitez en immobilisant le bras dans une écharpe (certains préfèrent l'anneau en 8, en particulier pour les fractures déplacées).

Classe B (Fractures du tiers distal)

- Les fractures de type 1 (sans déplacement) et de type 3 (surface articulaire) du tiers distal sont traitées par immobilisation du bras dans une écharpe.
- Les fractures de type 2 (déplacées) doivent être immobilisées dans une écharpe avec bandage croisé et commandent parfois une fixation chirurgicale orthopédique.

Classe C (Fractures du tiers proximal)

- Traitez les fractures sans déplacement par immobilisation du bras dans une écharpe.
- Les fractures déplacées nécessitent parfois l'intervention d'un orthopédiste pour une réduction chirurgicale.

Si la fracture est ouverte, il faut administrer une antibiothérapie prophylactique et un vaccin antitétanique (au besoin), irriguer la plaie et appliquer un pansement stérile en attendant une consultation orthopédique d'urgence.

Éducation du client

- Le client doit porter une écharpe ou un appareil d'immobilisation de l'épaule.
- Sinon, il peut utiliser un anneau en huit (bandage claviculaire); montrez-lui comment le mettre en place et l'ajuster correctement. La présence d'une paresthésie ou d'œdème dans les mains ou les doigts indique que la bande est trop serrée et doit être enlevée. Le but de ce bandage est d'atténuer la douleur en diminuant la mobilisation des fragments fracturés et pas nécessairement de maintenir un alignement parfait; on peut le combiner à une écharpe pour plus de confort.
- Donnez au client des conseils sur la prévention des blessures : port d'équipement protecteur approprié lors de la pratique de certains sports, utilisation de la ceinture de sécurité, counselling sur la consommation de drogue et d'alcool (au besoin), physiothérapie précoce (p.ex. exercices d'amplitude) si indiqué.

Interventions pharmacologiques

Soulagez la douleur au moyen d'AINS. Si elle persiste, ajoutez un analgésique narcotique :

ibuprofène (Motrin) (**médicament de classe A**), 200 mg, 1-2 comprimés PO qid au besoin pendant 1-2 semaines

Si la douleur persiste toujours, ajoutez :

acétaminophène avec codéine (Tylenol N° 2 ou N° 3) (**médicament de classe C**), 1-2 comprimés PO toutes les 4 heures au besoin (maximum 15 comprimés)

Surveillance et suivi

- Réévaluez les blessures après 48 heures, puis faites un suivi par semaine jusqu'à ce que l'épaule ait retrouvé son entière mobilité.
- Prévoyez un examen de contrôle en orthopédie si nécessaire (cela dépendra du type de fracture initiale et de la présence de complications).

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Procédez à l'évacuation médicale d'urgence des clients victimes de fractures ouvertes, vu la nécessité d'une consultation immédiate en orthopédie.
- Adressez d'urgence les clients ayant une fracture déplacée à un orthopédiste, car une réparation chirurgicale pourrait s'imposer.

CHAPITRE 8 – SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

Table des matières

ÉVALUATION DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

ANAMNÈSE ET EXAMEN DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

GÉNÉRALITÉS

Chaque symptôme doit être noté et examiné en fonction des caractéristiques suivantes :

- Apparition (soudaine ou graduelle)
- Évolution dans le temps
- Situation actuelle (amélioration ou aggravation)
- Localisation
- Irradiation
- Qualité
- Fréquence et durée
- Sévérité
- Facteurs déclenchants et aggravants
- Facteurs de soulagement
- Symptômes associés
- Répercussions sur les activités quotidiennes
- Épisodes similaires diagnostiqués auparavant
- Traitements antérieurs
- Efficacité des traitements antérieurs

SYMPTÔMES DOMINANTS

En plus des caractéristiques générales décrites ci-dessus, il faut aussi explorer les symptômes spécifiques suivants.

Fonction cérébrale générale

- Altération de la mémoire
- Altération de la concentration
- Changements d'humeur

Fonction des nerfs crâniens

- Modification de la vision, blépharoptose
- Relâchement des muscles du visage
- Perturbation de l'élocution
- Perte auditive, acouphènes, problèmes d'équilibre
- Altération de l'odorat et du goût

Céphalées

- Apparition, âge de l'apparition des premiers maux de tête
- Type de céphalées, évolution dans le temps
- Localisation, description, caractère pulsatile ou non
- Moment de la journée et durée
- Facteurs déclenchants
- Symptômes associés : nausées, vomissements, perturbations visuelles ou sensorielles

Altération de l'état de conscience

- Étourdissements
- Évanouissements
- Convulsions
- Blessure antérieure à la tête ayant occasionné des pertes de conscience

Fonction motrice

- Faiblesse musculaire, paralysie, raideur
- Maladresse, ataxie
- Démarche titubante et irrégulière avec les jambes écartées
- Tremblements

Fonction sensorielle

- Diminution ou perte de la sensibilité
- Picotements, fourmillements
- Sensation de brûlure

Autres symptômes associés

- Dysfonction intestinale ou vésicale
- Impuissance
- Douleur

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (SYSTÈME NERVEUX CENTRAL)

- Crises convulsives
- Traumatisme crânien
- Maladie métabolique (p. ex. diabète sucré, troubles thyroïdiens)
- Cardiopathie (p.ex. hypertension, bloc cardiaque)
- Accident ischémique transitoire
- Maladies démyélinisantes (p. ex. sclérose en plaques, maladie de Parkinson)
- Alcoolisme
- Migraines
- Troubles mentaux (p. ex. dépression, trouble bipolaire)
- Paralysie de Bell

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (SYSTÈME NERVEUX CENTRAL)

- Crises convulsives
- Maladie métabolique (p. ex. diabète sucré)
- Cardiopathie (p.ex. hypertension, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral)
- Maladies démyélinisantes (p. ex. sclérose en plaques, maladie de Parkinson)
- Migraines
- Troubles mentaux

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET SOCIAUX (SYSTÈME NERVEUX CENTRAL)

- Alcoolisme
- Abus de médicaments
- Exposition professionnelle à des neurotoxines

EXAMEN DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

ASPECT GÉNÉRAL

- État de santé apparent
- Présence ou absence de douleur
- Teint (p. ex. rouge, pâle, cyanosé)
- État nutritionnel (maigreur ou obésité)
- Concordance entre l'apparence et l'âge déclaré

EXAMEN DE DÉPISTAGE

L'examen de dépistage suivant permettra de découvrir les éléments qui présentent des problèmes. Un examen plus approfondi s'impose en présence de déficits.

À évaluer pendant l'anamnèse

- État de conscience
- État mental
- Élocution (clarté, contenu, volume, débit)

Nerfs crâniens

Voir le tableau 1.

Fonction motrice, fonction sensorielle et réflexes

Évaluez la fonction motrice, la fonction sensorielle et les réflexes de la façon suivante.

Membres supérieurs

- Force de préhension
- Bras levés et tenus en position (évaluation de la déviation palmaire)
- Épreuve doigt-nez (évaluation de la coordination œil-main)
- Sensibilité à la douleur au contact des deux extrémités d'une épingle
- Réflexes (biceps, triceps, réflexe styloradial [supination])

Membres inférieurs

- Élévation de la jambe tendue
- Épreuve de la compression poplitée
- Test du quadriceps
- Démarche talons-pointes
- Épreuve talon-genou
- Épreuve de Romberg
- Sensibilité à la douleur au contact des deux extrémités d'une épingle
- Réflexes (réflexe achilléen, rotulien, plantaire)

Irritation méningée

Recherchez une irritation méningée, s'il y a lieu :

- Raideur de la nuque
- Signe de Brudzinski
- Signe de Kernig

Tableau 1 : Tests de dépistage de lésions des nerfs crâniens

Nerf crânien	Test
I-Olfactif	Odorat (vérifiez uniquement lorsque le client se plaint d'un problème à cet égard)
II-Optique	Acuité visuelle Champs visuels Examen du fond de l'œil
III-Oculo-moteur commun	Réflexe pupillaire (direct ou consensuel)
IV-Trochléaire	
VI-Oculo-moteur externe	Mouvements oculaires
V-Trijumeau	Fonction motrice : dents serrées, bouche ouverte Fonction sensorielle : douleur (sensibilité à la piqûre); effleurement (avec un tampon d'ouate); sensation sur le front, les joues et le menton Réflexe cornéen (inutile si le client est conscient)
VII-Facial	Symétrie faciale : relever les sourcils, puis les froncer, fermer les yeux très fort (l'examinateur essaie de les ouvrir), montrer les dents, gonfler les joues, sourire
VIII-Auditif	Acuité auditive (tic-tac d'une montre, murmure) Épreuves de Rinne et Webber
IX-Glosso-pharyngien X-Vague	Mouvement du palais, de la luette et de la paroi pharyngée Réflexe pharyngé et déglutition Enrouement
XI-Spinal	Haussement d'épaule contrarié Rotation de la tête contrariée
XII-Grand hypoglosse	Langue tirée, langue poussée contre chaque joue

AFFECTIONS COURANTES DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

PARALYSIE DE BELL

DÉFINITION

Paralysie faciale indolore, unilatérale, d'apparition soudaine due à l'inflammation et à la tuméfaction du septième nerf crânien (nerf facial). Elle disparaît habituellement de manière spontanée.

CAUSES

- Essentiellement inconnues
- Infection virale possible du nerf facial
- Lien possible avec la maladie de Lyme et l'infection par le VIH
- Des facteurs héréditaires et vasculaires peuvent y contribuer.

Facteurs de risque

- Grossesse (troisième trimestre)
- Antécédents familiaux confirmés
- Hypertension
- Diabète sucré

SYMPTOMATOLOGIE

- Apparition soudaine d'un relâchement unilatéral des muscles du visage
- Évolution vers la paralysie en quelques heures
- Incapacité de fermer l'œil du côté atteint
- Possible larmoiement prononcé de l'œil atteint
- Possible altération du goût
- Hypersensibilité au son
- Possible douleur intra ou rétro-auriculaire du côté atteint juste avant l'apparition du relâchement musculaire

OBSERVATIONS

- Le client semble anxieux.
- Sillon naso-labial effacé
- Incapacité de fermer l'œil, de lever le sourcil ou de sourire du côté atteint
- Élargissement de la fente palpébrale
- Mouvement vers le haut du globe oculaire lorsque le client essaie de fermer les yeux
- Écoulement salivaire possible
- Diminution possible de la sensibilité à un léger contact ou à une piqûre d'aiguille

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Accident vasculaire cérébral (tronc cérébral)
- Tumeur au cerveau
- Tumeur de la glande parotide
- Otite moyenne ou mastoïdite
- Méningite
- Traumatisme à la tête ou au visage avec fracture
- Maladie de Lyme
- Zona otitique
- Syndrome de Guillain-Barré
- Sclérose en plaques

COMPLICATIONS

- Érosion cornéenne
- Ulcère de la cornée
- Kératite
- Faiblesse chronique des muscles faciaux
- Contraction des muscles faciaux

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Protéger l'œil.
- Prévenir les complications.

Il faut traiter les symptômes selon leur sévérité et le moment de la consultation.

Consultation

Consultez immédiatement un médecin. Dans les 72 heures qui suivent l'apparition de la paralysie et si le risque de dénervation est élevé (p. ex. paralysie faciale unilatérale complète, client de plus de 50 ans, diabétique), un traitement médicamenteux peut être indiqué (*voir la section « Interventions pharmacologiques » plus loin*).

Interventions non pharmacologiques

Rassurez le client et expliquez-lui qu'il peut s'attendre à être complètement rétabli au bout de 6-8 semaines.

Éducation du client

- Informez le client sur la médication (dose, fréquence, effets secondaires).
- Recommandez-lui de s'alimenter suffisamment et d'utiliser le côté intact de la bouche pour boire ou manger afin d'éviter l'écoulement de salive et de bien mastiquer.
- Recommandez au client d'observer une bonne hygiène buccale après les repas pour que les aliments et les liquides ne s'accumulent pas à l'intérieur de la joue atteinte.
- Suggérez de protéger l'œil atteint afin de prévenir les érosions cornéennes (p. ex. port de lunettes de soleil pendant la journée de façon à éviter que des particules de poussière ne pénètrent dans l'œil, port d'un bandeau la nuit).
- Recommandez des lubrifiants oculaires pour prévenir la sécheresse de l'œil : gouttes ophtalmiques (Isopto Tears, Lacril) toutes les 1 à 2 h pendant la journée; pommade ophtalmique (Lacri-Lube, Duratears) et bandeau oculaire à l'heure du coucher.
- Recommandez des exercices et des massages faciaux 2 ou 3 fois par jour pour prévenir une atrophie musculaire (froncer le front, gonfler les joues, pincer les lèvres, fermer le yeux).

Interventions pharmacologiques

Des antiviraux ou des anti-inflammatoires (ou les deux) peuvent être prescrits par le médecin :

acyclovir (Zovirax) (**médicament de classe B**), 400 mg PO 5 fois par jour pendant 10 jours (facultatif)

et

prednisone (**médicament de classe B**), 30 mg PO bid pendant 5 jours, puis réduire de 5 mg par jour

Surveillance et suivi

- Faites un suivi quotidien pendant plusieurs jours.
- Vérifiez l'évolution de la paralysie.
- Surveillez les symptômes d'érosion cornéenne : appliquez au besoin du colorant à la fluorescéine sur la cornée et recherchez toute érosion cornéenne. Si vous soupçonnez ou détectez une érosion cornéenne, *voir la section « Érosion cornéenne » dans le chapitre 1, « Ophtalmologie »*.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Dirigez le client vers un médecin si vous soupçonnez ou observez des complications ou si la paralysie n'est pas disparue 4 semaines plus tard.

CÉPHALÉES : PRINCIPES GÉNÉRAUX

La plupart des maux de tête (90 %) sont de nature bénigne.

Les maux de tête ont une grande diversité de causes qui peuvent aller d'une anomalie crânienne et cervicale à une affection générale. La consommation ou l'abus de médicaments, d'alcool ou de substances chimiques sont d'autres causes de maux de tête.

Lorsqu'une personne qui souffre de maux de tête se présente la première fois à la clinique, il faut obtenir les renseignements suivants pour être en mesure de déterminer le type de céphalée dont il s'agit.

Description précise de la douleur :

- Âge à l'apparition des maux de tête, s'ils sont de nature chronique
- Localisation
- Qualité
- Durée
- Moment où la douleur apparaît (première fois, récidive, le matin, le soir ou dans la journée)
- Fréquence (tous les jours, tous les mois, à l'occasion)
- Manière dont le mal de tête débute
- Évolution du mal de tête
- Répercussions sur les activités quotidiennes

Symptômes associés, soit qui précèdent l'apparition de la douleur, soit qui accompagnent sa progression (p. ex. perte de conscience, aura, nausées, vomissements, photophobie, modifications sensorielles, fièvre).

Facteurs d'aggravation et de soulagement (médicaments et efficacité de ceux-ci, position de la tête, bruit, lumière)

Aspects du mode de vie qui favorisent l'apparition des maux de tête (vie familiale, vie professionnelle, toute autre activité)

Profession

Antécédents familiaux de maux de tête (y compris leur type)

Problèmes de santé préexistants (p. ex. glaucome, hypertension, infection, anxiété, dépression, convulsions)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Diagnostic primaire

- Migraine
- Céphalée de tension (contracture)
- Céphalée vasculaire de Horton
- Autre type de mal de tête
  - Provoqué par le froid (p.ex. crème glacée)
  - Bénin, lié à la toux
  - Bénin, provoqué par l'effort
  - Post-traumatique

Diagnostic secondaire

Affections du parenchyme cérébral

- Tumeur au cerveau
- Abcès cérébral
- Hémorragie intracrânienne
- Traumatisme cérébral
- Hydrocéphalie
- Hypertension intracrânienne bénigne

Affections touchant les méninges

- Méningite
- Saignement sous-arachnoïdien

Affections touchant les structures extracrâniennes

- Abcès dentaire
- Sinusite paranasale
- Syndrome de Costen
- Glaucome à angle fermé
- Névralgie faciale
- Zona
- Affection rétro-orbitaire

Causes métaboliques

- Additifs alimentaires ou toxines (p. ex. nitrites, glutamate monosodique, alcool)
- Effet secondaire de médicaments (p.ex. nitrates, contraceptifs oraux, inhibiteurs calciques)
- Fièvre
- Hypercapnie (concentration accrue de gaz carbonique)

Causes vasculaires

- Hypertension
- Angéite
- Embolie ou thrombose

CARACTÉRISTIQUES QUI ÉVOQUENT UNE CAUSE GRAVE

- Âge avancé
- Mal de tête pire que tout autre ressenti auparavant
- Déclenchement à l'effort
- Réduction de la vivacité d'esprit ou de la capacité cognitive
- Irradiation de la douleur entre les omoplates (signe évocateur d'une irritation de l'arachnoïde du rachis).
- Présence d'une raideur de la nuque
- Antécédent ou signe physique qui évoque une infection (p. ex. fièvre)
- Mal de tête qui s'aggrave à l'observation

CÉPHALÉE DE TENSION

DÉFINITION

Douleur vague diffuse dans la tête.

- *Céphalée épisodique :* habituellement liée à un événement stressant, d'intensité modérée, spontanément résolutive et qui répond aux médicaments en vente libre
- *Céphalée chronique :* est souvent quotidienne (il faut que la céphalée soit présente pendant au moins 15 jours par mois pendant 6 mois pour qu'on dise qu'elle est chronique); douleur souvent bilatérale, habituellement dans la région occipitale-frontale et associée à la contraction des muscles du cou et du cuir chevelu

CAUSES

- Stress ou anxiété
- Mauvaise posture
- Arthrose cervicale
- Vasoconstriction des muscles du cuir chevelu
- Dépression (observée chez 70 % des personnes souffrant de maux de tête quotidiens)
- Prévalence au cours de la vie : 88 % des femmes et 69 % des hommes souffrent de la céphalée de tension qui est aussi courante chez les enfants de 8 à 12 ans

Facteurs de risque

- Consommation excessive de caféine
- Médicaments (p. ex. consommation prolongée d'acétaminophène)
- Apnée obstructive du sommeil
- Antécédents familiaux

SYMPTOMATOLOGIE

- Symptomatologie extrêmement vague
- Aucun facteur évident de déclenchement ou de soulagement
- Documentez la consommation de médicaments : type, fréquence, quantité, effet.
- Souvent en relation avec l'abus ou la surconsommation de médicaments
- Antécédents familiaux confirmés chez 40 % des patients
- Apparaît après l'âge de 20 ans chez 60 % des personnes
- La douleur devient plus constante et sévère avec le temps.
- Les événements stressants aggravent les symptômes.

CARACTÉRISTIQUES DE LA DOULEUR

- Généralisée
- Constante
- Sourde (sensation de serrement)
- Parfois pulsatile
- Présente au lever le matin
- Croît et décroît pendant la journée
- Empêche le client de s'endormir, mais ne le réveille pas
- La médication procure peu ou pas du tout de soulagement

SYMPTÔMES ASSOCIÉS

- Nausées
- Anorexie
- Perte de poids
- Dyspepsie
- Diarrhée
- Fatigue
- Réveil au petit matin (très tôt)
- Difficulté à se concentrer
- Diminution de la libido (comme dans la dépression)

OBSERVATIONS

- Le client ne semble pas incommodé, si ce n'est qu'il peut se plaindre de maux de tête au moment de la consultation.
- Les résultats de l'examen neurologique sont parfaitement normaux.
- Serrement musculaire dans le cou, le trapèze supérieur, les muscles du cuir chevelu, de la région occipitale et frontale

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Bien que la plupart des céphalées soient bénignes, il importe d'éliminer les possibilités de problèmes plus graves :

- Dépendance à la caféine
- Dépendance à des médicaments en vente libre (p. ex. acétaminophène avec ou sans codéine)
- Maladie bucco-dentaire
- Mal de tête post-traumatique
- Dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire
- Dépression
- Spondylose cervicale
- Sinusite chronique
- Artérite temporale
- Migraine
- Problème oculaire
- Affection de l'oreille moyenne
- Anémie sévère
- Hypoxie
- Hypertension
- Infection intracrânienne (méningite)
- Tumeur intracrânienne

COMPLICATIONS

- Répercussions sur les activités quotidiennes
- Dépendance aux analgésiques
- Absentéisme du travail ou de l'école
- Dépression

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Reconnaître les symptômes évocateurs d'une affection grave.
- Soulager les symptômes.

Consultation

Consultez le médecin si les symptômes évoquent une maladie grave (p. ex. déficit neurologique). Autrement, administrez un traitement conventionnel et assurez un suivi.

Interventions non pharmacologiques

- Fournir du soutien.
- Une attitude non critique de la part du personnel soignant contribue à la réussite du traitement.
- Il importe d'inciter le client à faire part de ses tracas, de ses préoccupations et de ses craintes.
- Découvrir les points qui posent problème et qui peuvent contribuer aux maux de tête.
- Évaluer le niveau de stress.
- L'application de glace peut être utile.
- On peut également faire appel à la massothérapie.
- Le repos dans une pièce sombre et silencieuse peut être bénéfique.
- Recommandez au client de diminuer sa consommation de produits qui renferment de la caféine.

Éducation du client

- Informez le client sur la médication (dose, fréquence, éviter l'abus).
- Suggérez au client des stratégies de gestion du stress (p. ex. techniques de relaxation).

Interventions pharmacologiques

Analgésiques :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 h au besoin

ou

ibuprofène (Motrin) (**médicament de classe A**), 200 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 h au besoin

Surveillance et suivi

Suivi après 1 ou 2 semaines pour évaluer la réponse aux interventions.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Dirigez le client vers un médecin s'il ne répond pas au traitement ou si vous soupçonnez un trouble sous-jacent.

CÉPHALÉE VASCULAIRE DE HORTON

DÉFINITION

Crises à répétition de céphalées unilatérales sévères autour de l'œil et de la tempe. Ces crises durent de 30-120 minutes environ et surviennent une à trois fois par jour, au même moment de la journée, pendant une période pouvant aller jusqu'à 12 semaines. Une période de 1-24 mois sans crise suit habituellement.

CAUSES

Inconnues

Facteurs de risque

- Homme de plus de 30 ans
- Relation possible avec une blessure antérieure à la tête
- Facteurs déclenchants possibles : alcool, nitroglycérine, dérèglement du cycle de sommeil, émotion (colère), activité physique excessive

SYMPTOMATOLOGIE

- Le client est habituellement un homme qui a dépassé la mi-vingtaine.
- Les crises sont cycliques ou saisonnières.
- Apparition soudaine d'une douleur unilatérale
- La céphalée débute habituellement sans signe avant-coureur, souvent durant le sommeil.
- La douleur est souvent sourde au début, mais devient rapidement intense.
- Elle atteint son point culminant en 15 minutes.
- Douleur constante, térébrante, aiguë et localisée autour de l'œil (région rétro-orbitaire).
- Aucun facteur d'aggravation ou de soulagement
- La douleur s'étend à la joue, à la tempe et au front du côté atteint.
- Elle disparaît habituellement après 30-120 minutes et laisse le client épuisé.
- La douleur réapparaît dans la journée ou au même moment le lendemain.
- Le cycle se répète jusqu'à la fin de la « série ».

Symptômes associés durant la crise

- Agitation : le client peut faire les cent pas
- Rougeur et larmoiement de l'œil atteint
- Paupière tombante
- Écoulement nasal abondant du côté atteint
- Nausées dans 40 % des cas, mais les vomissements sont rares
- Transpiration

OBSERVATIONS

- La fréquence cardiaque s'élève pendant la crise.
- Bradycardie dans 43 % des cas

Pendant les crises

- Détresse aiguë
- Pâleur
- Diaphorèse
- Agitation
- Rhinorrhée homolatérale
- Ptosis de la paupière atteinte
- Rougeur de la conjonctive et larmoiement abondant de l'œil atteint

Entre les crises

- Le client se sent bien (aucun symptôme).
- Les résultats de l'examen neurologique sont normaux.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Artérite temporale
- Hémorragie sous-arachnoïdienne (lors de la première consultation)
- Céphalées par tension épisodiques de longue durée
- Névralgie faciale
- Glaucome aigu
- Sinusite
- Phéochromocytome

COMPLICATIONS

- Répercussions sur les activités quotidiennes
- Absentéisme du travail ou de l'école
- Perte de poids durant la « série »
- Dépression
- Risque d'abus de médicaments (p. ex. analgésiques)

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager la douleur.
- Prévenir les récurrences.

Consultation

Consultez un médecin dans les cas de crise aiguë.

Si les symptômes sont prononcés durant une crise initiale, le risque d'une affection grave doit être éliminé.

Interventions non pharmacologiques

Éducation du client

- Expliquez l'évolution prévisible de la maladie et le pronostic, et comment éviter les facteurs déclenchants.
- Informez le client sur la médication (dose, fréquence, adhésion au traitement, surconsommation ou abus d'analgésiques).
- Conseillez le client sur l'utilisation préventive des médicaments.
- Recommandez-lui d'éviter l'alcool, la lumière vive, la colère, les activités stressantes ou une surexcitation pendant la crise.
- Recommandez-lui de fumer moins pendant la crise, parce que le tabac réduit la réponse au médicament.
- Informez le client sur le renoncement au tabac.

Interventions pharmacologiques

N'administrez pas d'analgésiques si aucun diagnostic n'a été établi; consultez d'abord un médecin, car ces médicaments peuvent dissimuler la progression de troubles neurologiques.

Le tartrate d'ergotamine-caféine (Cafergot) (**médicament de classe B**) ou le sumatriptan (Imitrex) (**médicament de classe B**) est habituellement le traitement de première intention.

Surveillance et suivi

- Surveillez l'adhésion au traitement.
- Évaluez l'efficacité de la prophylaxie.
- Déterminez s'il y a dépression.
- Déterminez s'il y a abus ou dépendance aux analgésiques.

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Dirigez aussitôt que possible vers un médecin tous les cas non diagnostiqués durant une crise aiguë.
- Les clients qui souffrent de céphalées vasculaires de Horton récidivantes doivent être évalués par un médecin si le traitement prophylactique ne soulage pas les symptômes.

MIGRAINES

DÉFINITION

Maux de tête récidivants dus à des perturbations vasculaires.

CAUSES

- Inconnues
- Les crises peuvent être déclenchées par certains aliments (p. ex. chocolat, fromage, viandes fumées, alcool), le fait de sauter des repas, le cycle menstruel, les contraceptifs oraux, la fatigue, trop de sommeil, le stress ou le soulagement du stress, une lumière excessive ou clignotante.

Facteurs de risque

- Sexe féminin
- Âge de 10-30 ans
- Antécédents familiaux de migraine

SYMPTOMATOLOGIE

- La migraine survient toujours ou presque toujours en période périmenstruelle ou périovulatoire.
- Le sommeil procure un soulagement de la douleur.
- Présence possible de signes prodromiques : irritabilité, sautes d'humeur, modifications du degré d'énergie, fringales, rétention de liquides.
- Présence possible d'une aura (incluant des troubles visuels et des pertes sensorielles). L'aura précède le mal de tête et dure 5-30 minutes; elle diminue avec le déclenchement du mal de tête (mais il arrive que l'aura et le mal de tête soient présents simultanément).

Douleur

- Unilatérale ou diffuse
- Intensité modérée ou sévère
- Le point culminant est atteint en moins d'une heure.
- De nature pulsatile (au début ou au cours de la crise)
- Le repos dans une pièce sombre et silencieuse est bénéfique.
- Le fait de se pencher vers l'avant ou de bouger la tête accentue la douleur.

Symptômes associés

- Photophobie (aversion à la lumière)
- Phonophobie (aversion au bruit)
- Osmophobie (aversion aux odeurs)
- Nausées et vomissements
- Diarrhée, constipation
- Frissons, tremblements, transpiration

OBSERVATIONS

Pendant la crise

- Détresse modérée
- Pâleur
- Diaphorèse
- Les artères du cuir chevelu peuvent être dilatées.
- Photophobie
- Sensibilité du cuir chevelu
- Les résultats de l'examen neurologique sont habituellement normaux durant et entre les crises.

Critères de diagnostic de la migraine sans aura

1. Minimum de 5 crises qui répondent aux critères 2, 3, 4 et 5
2. Chaque crise dure 72 heures, en l'absence d'un traitement ou si le traitement échoue.
3. Chaque crise possède au moins 2 des caractéristiques suivantes :

- La douleur est le plus souvent unilatérale, mais elle peut être bilatérale dans de 30 à 40 % des cas.
- La douleur est de nature pulsatile (à un moment ou l'autre de la crise); 50% des migraineux font état d'une douleur non pulsatile; la qualité du mal de tête peut se modifier durant la crise.
- D'une intensité modérée ou sévère, la douleur entrave les activités quotidiennes.
- L'activité physique, comme marcher ou descendre un escalier, accentue la douleur.

4. Au moins un des symptômes suivants doit être présent durant la crise :

- Nausées et vomissements
- Photophobie, phonophobie et osmophobie

5. Les antécédents ou l'examen physique du client ne témoignent pas de la présence d'une autre maladie qui pourrait provoquer les migraines.

Critères de diagnostic de la migraine avec aura

En plus de remplir les critères de la migraine sans aura, la migraine avec aura doit s'accompagner de symptômes de dysfonctionnement neurologique (y compris des troubles visuels) avant ou pendant la crise.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Troubles ou infections touchant la tête et le cou
- Affection générale
- Effets toxiques de médicaments, d'alcool ou de substances chimiques
- Lésion intracrânienne
- Accident vasculaire cérébral
- Comportement visant à obtenir des médicaments

COMPLICATIONS

- Problèmes conjugaux ou familiaux si les migraines sont fréquentes
- Absentéisme du travail ou de l'école
- Dépression
- Dépendance aux médicaments (p. ex. aux analgésiques de prescription)

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Reconnaître et modifier les facteurs déclenchants.
- Soulager les symptômes.
- Prévenir les récidives.

Consultation

Consultez un médecin si une crise aiguë est modérée ou sévère et ne répond pas au traitement de première intention, ou si les crises sont récidivantes et ne sont pas soulagées par le traitement prophylactique.

Crise sévère

Demandez à un médecin quels médicaments administrer.

Interventions non pharmacologiques

Crise légère ou modérée

- Repos dans une pièce sombre et silencieuse
- Application de glace
- Massage par pression du cuir chevelu
- Thérapie de relaxation
- Thérapie cognitivo-comportementale (p. ex. formation en gestion du stress)

Crise sévère

- Repos au lit dans une pièce sombre et silencieuse
- Ne rien administrer par la bouche si les vomissements sont importants.

Éducation du client

- Expliquez l'évolution prévisible de la maladie et le pronostic.
- Informez le client sur la médication (dose, fréquence, éviter la surconsommation ou l'abus de médicaments).
- Recommandez au client de prendre régulièrement du repos, d'adopter de bonnes habitudes de vie et un régime alimentaire adéquat.
- Aidez le client à reconnaître les facteurs déclenchants, puis à tenter de les éviter ou de les éliminer.
- Aidez le client à reconnaître et à éviter d'autres facteurs étiologiques (p. ex. café, chocolat, alcool, certains aliments, contraceptifs oraux, noix, fromage).

Traitement adjuvant

Crise sévère

Dans le cas d'une crise sévère seulement, commencez la thérapie IV avec un soluté physiologique; réglez le débit de perfusion en fonction de l'équilibre hydrique du client.

Interventions pharmacologiques

Traitement des symptômes : crise légère ou modérée

Analgésie d'une douleur légère :

acide acétylsalicylique (AAS) sous forme entérosoluble (**médicament de classe A**), 325 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 h au besoin

ou

ibuprofène (Motrin) (**médicament de classe A**), 200 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 h au besoin

Analgésie d'une douleur modérée :

naproxen (Naprosyn) (**médicament de classe C**), 250 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 6 h au besoin

ou

acide méfénamique (Ponstan) (**médicament de classe C**), 250-500 mg toutes les 6 h

ou

*AAS avec codéine (282, 292) (**médicament de classe C**), 1-2 comprimés PO toutes les 4 h au besoin

ou

*acétaminophène avec codéine (Tylenol N° 2 ou N° 3) (**médicament de classe C**), 1-2 comprimés PO toutes les 4 h au besoin

*On peut utiliser ces associations médicamenteuses si le client ne réagit pas à un traitement initial d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), mais seulement pendant de courtes périodes. La surconsommation de ces associations est une des principales causes de céphalée de rebond (forme importante de maux de tête quotidiens chroniques).

Autres choix médicamenteux dans le traitement des crises modérées :

sumatriptan (Imitrex) (**médicament de classe B**) PO

Antiémétiques contre les vomissements, au besoin :

dimenhydrinate (Gravol) (**médicament de classe A**), 50 mg PO toutes les 4-6 h au besoin

Traitement des symptômes : crise sévère

Médicaments pour soulager la douleur :

sumatriptan (Imitrex) (**médicament de classe B)**

ou

métoclopramide (Maxeran) (**médicament de classe B)**

ou

chlorpromazine (Largactil) (**médicament de classe B**)

Évitez la mépéridine (Demerol), si possible. Ce médicament ne doit être utilisé qu'en dernier recours.

Traitement prophylactique

Source : *Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice* (Pryse-Phillips *et al.* 1997)

Le traitement prophylactique part du principe qu'il faut utiliser la plus petite quantité de médicaments ayant le moins d'effets secondaires afin de soulager les crises jusqu'à ce qu'on puisse mettre fin au traitement des symptômes.

Un traitement prophylactique est indiqué lorsque :

- les crises migraineuses sont suffisamment sévères pour miner la qualité de vie de la personne
- la personne souffre chaque mois de trois migraines ou plus qui ne répondent pas bien à un traitement visant à soulager les symptômes ou à écourter la crise.

Les médicaments suivants sont recommandés :

- bêta-bloquants, p. ex. propranolol (Indéral) ou aténolol (Tenormin)
- inhibiteurs calciques, p. ex. vérapamil (Isoptin)
- antagonistes des récepteurs de la sérotonine, p. ex. pizotifène (Sandomigran).
- analgésiques tricycliques, p. ex. amitriptyline (Elavil)

Demandez au client de tenir un journal de ses migraines : caractéristiques, médicaments utilisés et réponse au traitement.

Sauf dans les cas les plus réfractaires, on doit utiliser un seul médicament préventif à la fois.

On doit poursuivre la médication pendant une période suffisante, habituellement plusieurs mois, et y mettre fin lentement pour éviter les céphalées de rebond. Certains médicaments, particulièrement les inhibiteurs calciques, peuvent prendre jusqu'à 12 mois avant d'être efficaces.

Si le traitement médicamenteux initial n'est pas efficace, on doit essayer plusieurs médicaments l'un après l'autre.

Il arrive que l'on fasse appel à une association de médicaments prophylactiques appartenant à des groupes différents. Si cette approche échoue, il faut envisager une consultation avec un neurologue.

Les médicaments prophylactiques ne sont pas efficaces lorsque la personne prend régulièrement des analgésiques. Informez le client qu'il doit prendre uniquement les médicaments prescrits pour soulager ses maux de tête.

Le client doit s’attendre à quelques effets secondaires. Il doit savoir qu’il devra prendre les médicaments tous les jours et que le traitement devra être adapté ou modifié jusqu’à ce que l’on trouve le ou les médicaments et doses efficaces.

Le client doit aussi s’attendre à souffrir de quelques crises migraineuses, mais elles seront probablement moins sévères ou plus rares qu’auparavant.

Expliquez que le traitement prophylactique doit être suivi pendant un certain nombre de mois, puis arrêté graduellement. Certains clients peuvent avoir besoin d’un traitement prolongé.

Demandez aux femmes qui pourraient devenir enceintes ou envisager de le devenir de vous en informer. Il faudrait alors interrompre la prise de certains médicaments prophylactiques.

Surveillance et suivi

Crise légère ou modérée

Favorisez un suivi régulier jusqu’à ce que les maux de tête soient bien maîtrisés; la fréquence des rencontres doit dépendre des circonstances particulières à chaque cas.

Crise sévère

Surveillez la réponse au traitement et les signes vitaux.

Orientation vers d’autres ressources médicales

Crise légère ou modérée

- Prévoyez un suivi médical afin de discuter d’un traitement prophylactique si les maux de tête sont fréquents ou suffisamment sévères pour entraver les activités quotidiennes.
- Il peut être nécessaire de demander un examen neurologique si un traitement optimal de première intention et la prophylaxie ne réussissent pas à prévenir les crises.

Crise sévère

Une évacuation d’urgence peut être nécessaire si la crise se prolonge et ne répond pas au traitement (état migraineux).

ARTÉRITE TEMPORALE (GIGANTOCELLULAIRE)

DÉFINITION

Inflammation des artères temporales.

CAUSES

- Essentiellement inconnues
- Il peut s’agir d’une réaction autoimmune

SYMPTOMATOLOGIE

- Client âgé de plus de 50 ans
- Le client peut d’abord se plaindre de symptômes grippaux.
- Céphalée unilatérale ou bilatérale
- Céphalée localisée dans la région temporale ou périorbitale
- Apparition graduelle ou soudaine
- La douleur est d’abord légère et passagère.
- La douleur devient plus sévère (douleur pulsatile ou térébrante) et constante pendant plusieurs jours.
- Les médicaments en vente libre ne procurent aucun soulagement.

Symptômes associés

- Malaise
- Sueurs nocturnes
- Fièvre
- Douleur à l’épaule et au dos
- Acuité visuelle réduite du côté atteint

OBSERVATIONS

- La température peut être légèrement élevée.
- Le client semble légèrement ou moyennement incommodé.
- L’acuité visuelle peut être moindre du côté atteint.
- La baisse de la vision peut s’étendre à l’autre œil.
- L’amplitude des mouvements d’une épaule ou des deux peut être réduite; le mouvement peut être douloureux.
- L’articulation de l’épaule peut être sensible.
- L’artère temporale peut être ferme, nodulaire, incompressible, sensible.
- Absence de pouls possible à l’artère temporale

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Autres troubles touchant la tête et le cou
- Maladie générale

COMPLICATIONS

- Cécité du côté atteint
- Cécité s'étendant à l'autre œil
- Accident vasculaire cérébral
- Occlusion coronarienne
- Insuffisance artérielle des membres supérieurs

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Déterminez la vitesse de sédimentation globulaire (si le test peut être fait); elle devrait être élevée.

TRAITEMENT

Objectifs

- Diagnostiquer le problème.
- Prévenir les complications.

Consultation

Consultez immédiatement un médecin si vous envisagez ce diagnostic.

Interventions pharmacologiques

Le médecin peut prescrire de la prednisone par voie orale si le transfert à l'hôpital est retardé.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Prenez les dispositions pour que le patient soit transporté à l'hôpital afin de subir d'autres examens et recevoir d'autres soins aussitôt que possible (une biopsie de l'artère temporale est nécessaire pour confirmer le diagnostic).

ACCIDENT ISCHÉMIQUE TRANSITOIRE (AIT)

DÉFINITION

Épisode aigu de perte temporaire localisée de la fonction cérébrale d'origine vasculaire. L'AIT débute rapidement et ses symptômes sont d'une durée variable. Il dure habituellement 2-15 minutes, rarement plus de 24 heures. La plupart des AIT durent moins d'une heure.

L'AIT est un présage important d'accident vasculaire cérébral : le tiers des personnes qui subissent un AIT sont victimes d'un accident vasculaire cérébral dans les 5 ans qui suivent.

CAUSES

- Réduction ou arrêt temporaire de l'irrigation sanguine du cerveau
- Problème sous-jacent : athérosclérose de la carotide ou du système vertébrobasilaire

Facteurs de risque

- Âge avancé
- Hypertension
- Diabète sucré
- Cardiopathie
- Arythmie cardiaque (fibrillation auriculaire)
- Tabagisme
- Antécédents familiaux

SYMPTOMATOLOGIE

- L'un ou l'autre des facteurs de risque ci-dessus est habituellement présent.
- Les crises peuvent survenir plusieurs fois par jour ou une ou deux fois l'an.
- Les symptômes des diverses crises sont habituellement semblables.
- Symptômes antérieurs de maladie vasculaire périphérique, de coronaropathie
- Les symptômes sont aigus au début.
- Les symptômes disparaissent complètement en 24 heures.
- Le client reste conscient pendant toute la crise.
- Les symptômes dépendent du vaisseau sanguin touché.
- *Carotide :* symptômes unilatéraux, cécité homolatérale, paresthésie ou faiblesse controlatérale, aphasie, céphalée (peut suivre la crise)
- *Système vertébrobasilaire :* confusion, vertige, cécité binoculaire ou diplopie, faiblesse ou paresthésie des membres, chutes par dérobement des jambes pendant lesquelles le client reste conscient, mais s'effondre soudainement
- Perturbation possible de l'élocution

OBSERVATIONS

Étant donnée que l'AIT peut être bref, les résultats de l'examen physique peuvent être parfaitement normaux. Un examen attentif des systèmes neurologiques et cardiovasculaires est nécessaire. Il faut rechercher des signes d'athérosclérose (p. ex. maladie vasculaire périphérique, cardiopathie).

- La tension artérielle et la fréquence cardiaque sont souvent normales.
- Le pouls peut être irrégulier (en raison de la fibrillation auriculaire sous-jacente).
- Il peut y avoir de l'hypertension.
- Le client semble généralement bien portant.
- La faiblesse musculaire du côté atteint peut être évidente ou subtile.
- L'acuité visuelle peut être amoindrie.
- L'équilibre peut être légèrement altéré.
- La confusion peut être évidente.
- Recherchez des cicatrices laissées par une chirurgie cardiaque antérieure.
- Un frémissement de la carotide peut être présent.
- Déficits sensoriels localisés
- Déficits moteurs localisés
- Les réflexes profonds peuvent être augmentés ou diminués dans les 24 heures qui suivent l'accident.
- Il peut y avoir des bruits carotidiens.
- Il peut y avoir des bruits d'autres artères périphériques (p. ex. aorte, iliaque).
- Présence possible d'un souffle cardiaque

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic différentiel comprend tout ce qui peut provoquer une diminution de l'irrigation sanguine du cerveau avec une ischémie cérébrale ou une anomalie transitoire de la fonction cérébrale.

- Épisode d'hypotension
- Paralysie de Bell
- Anévrisme disséquant de l'aorte
- Cardiopathie
- Crise épileptique focale
- Accident vasculaire cérébral
- Hypoglycémie
- Anémie

COMPLICATIONS

Accident vasculaire cérébral ou infarctus du myocarde.

TESTS DIAGNOSTIQUES

- L'électrocardiographie peut être utile.
- Recherchez des signes de fibrillation auriculaire.

TRAITEMENT

Objectifs

- Agir sur les facteurs de risque.
- Prévenir tout AIT ou accident vasculaire cérébral.

Consultation

Consultez un médecin aussitôt que possible.

Interventions non pharmacologiques

Éducation du client

- Expliquez le déroulement de la maladie et l'issue prévisible.
- Informez le client sur la médication (dose, fréquence, quantité totale, usage prolongé, effets secondaires, précautions à prendre si le client suit aussi une anticoagulothérapie).
- Recommandez aux clients qui prennent des anticoagulants d'éviter les aliments riches en vitamines K (p. ex. légumes jaunes et verts).
- Soulignez à ces clients l'importance d'éviter les blessures aux membres.
- Informez le client sur les façons de réduire les facteurs de risque, comme la maîtrise de l'hypertension, l'abandon du tabac, la perte de poids, une alimentation plus faible en matières grasses, des exercices réguliers.

Interventions pharmacologiques

Commencez le traitement par l'AAS (traitement antiplaquettaire) sauf s'il est contre-indiqué par ailleurs :

AAS (Aspirin) (**médicament de classe A**), 325 mg PO par jour

Surveillance et suivi

Surveillez régulièrement les symptômes et les progrès accomplis en ce qui concerne la réduction des facteurs de risque. La fréquence du suivi dépend de la sévérité des symptômes et du nombre de facteurs de risque.

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Si des déficits neurologiques sont décelés au moment de la consultation, *faites comme s'il s'agissait d'un accident vasculaire cérébral en évolution* (*voir « Accident vasculaire cérébral (AVC) » dans la section suivante, Urgences - Système nerveux central*); évacuez d'urgence le client vers un hôpital.
- On peut diriger le patient vers un médecin pour l'évaluation d'une affection sous-jacente s'il ne présente aucun symptôme au moment de la consultation et que l'événement est antérieur.

URGENCES – SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA PERTE DE CONSCIENCE AIGUË

Perturbations métaboliques

- Anoxie
- Intoxication par l'alcool éthylique
- Hyperinsulinémie (hypoglycémie)
- Surdose (médicaments ou drogues)
- Urémie
- Crise convulsive

Hypoperfusion cérébrale

- Accident vasculaire cérébral
- Hypotension
- Hypovolémie
- Arythmie
- Traumatisme crânien

Pour des renseignements détaillés sur le coma, *voir la section « Coma » dans le chapitre 14, « Urgences générales et traumatismes majeurs »*.

MÉNINGITE

DÉFINITION

Infection des méninges.

CAUSES

- Infection d'origine virale ou bactérienne
- Chez l'adulte, les causes bactériennes les plus courantes sont : *Hemophilus influenzae*, *Neisseria meningitides* et *Streptococcus pneumoniae*.

Facteurs de risque

- Alcoolisme
- Otite moyenne chronique
- Sinusite
- Mastoïdite
- Traumatisme crânien fermé
- Pneumonie pneumococcique
- Méningite récidivante
- Déficit immunitaire

SYMPTOMATOLOGIE

- La méningite est habituellement précédée d'une infection des voies respiratoires supérieures
- Forte fièvre
- Mal de tête qui devient de plus en plus sévère
- Le mal de tête est aggravé par le mouvement, particulièrement lorsque le client se penche vers l'avant.
- Vomissements soudains qui surviennent souvent sans être précédés de nausées
- Photophobie
- Altérations de l'état de conscience : irritabilité, confusion, somnolence, stupeur, coma.
- Des convulsions peuvent survenir.

OBSERVATIONS

Effectuez un examen complet de la tête et du cou pour déceler toute source possible d'infection.

- Fièvre
- Fréquence cardiaque accrue ou bradycardie accompagnée d'une augmentation de la pression intracrânienne et intraoculaire
- La tension artérielle est normale (elle est faible si le client est en état de choc septique).
- Le client est en état de détresse modérée ou aiguë.
- Teint rouge.
- Altération de la conscience.
- Signes neurologiques localisés
- Photophobie
- Il peut y avoir des pétéchies.
- Les ganglions du cou peuvent être enflés.
- Signe de Brudzinski
- Signe de Kernig

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Bactériémie
- Septicémie
- Abcès cérébral
- Crise d'épilepsie

COMPLICATIONS

- Convulsions
- Coma
- Cécité
- Surdité
- Paralysie des nerfs crâniens III, VI, VII, VIII
- Décès

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Prélèvement de sang pour une formule sanguine
- Trois prélèvements de sang (à 15 minutes d'intervalle) pour des cultures

Il est importe de procéder à plusieurs cultures avant de commencer l'antibiothérapie dans un cas de méningite. On augmente ainsi les chances de parvenir à isoler le micro-organisme en cause.

- Échantillon d'urine à des fins d'analyse (analyse courante et microscopie, culture et antibiogramme)
- Prélèvement de gorge pour une culture et un antibiogramme

TRAITEMENT

Objectifs

- Enrayer l'infection.
- Prévenir les complications.

Consultation

Consultez immédiatement un médecin. Si cela est impossible, suivez les directives ci-dessous pour l'administration d'antibiotiques par voie IV. Ne retardez pas l'antibiothérapie si vous soupçonnez ce diagnostic.

Interventions non pharmacologiques

- Repos au lit
- Ne rien administrer par la bouche.
- Mettez en place une sonde urinaire à demeure (facultatif si le patient est conscient).

Traitement adjuvant

Commencez le traitement IV par l'administration d'un soluté physiologique, réglez le débit de perfusion en fonction de l'équilibre hydrique du client.

Évitez d'administrer une quantité excessive de liquides, ce qui pourrait causer un œdème au cerveau.

Interventions pharmacologiques

Antipyrétiques :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 325 ou 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 h au besoin

Clients adultes : Antibiotiques (si aucun médecin n'est disponible) :

ceftriaxone (Rocephin) (**médicament de classe D**) 2 g IV immédiatement

Clients immunodéprimés (cancer, VIH, personne âgée ou alcoolique) :

ceftriaxone (Rocephin) (**médicament de classe D**) 2 g IV immédiatement

ET

ampicilline (Ampicin) (**médicament de classe D**) 2 g IV immédiatement (sauf en cas d'allergie à la pénicilline)

Surveillance et suivi

- Surveillez les points ABC (voies respiratoires, respiration et circulation) ainsi que les signes vitaux toutes les 30-60 min ou plus souvent, au besoin.
- Recherchez attentivement l'apparition de symptômes neurologiques.
- Surveillez la consommation de liquides et le débit urinaire à l'heure.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à une évacuation médicale dans les plus brefs délais.

TROUBLE ÉPILEPTIQUE CHRONIQUE

DÉFINITION

Dérèglement soudain et temporaire de la fonction cérébrale dû à une activité électrique anormale dans le cerveau.

Types

- Crise épileptique tonicoclonique généralisée (grand mal)
- Crise épileptique focale
- Absence épileptique (petit mal)
- Épilepsie temporale
- Épilepsie partielle
- Épilepsie myoclonique
- Troubles épileptiques non classés (caractérisés par les mouvements des yeux ou la mastication)
- État de mal épileptique

CAUSES

- Épilepsie
- Médicaments/drogues (non-adhésion au traitement prescrit, syndrome de sevrage, surdos e, polytoxicomanie)
- Hypoxie
- Tumeur cérébrale
- Infection cérébrale (p. ex. méningite)
- Troubles métaboliques (p. ex. hypoglycémie, urémie, insuffisance hépatique, perturbation de l'équilibre électrolytique)
- Sevrage alcoolique
- Traumatisme crânien
- Accident vasculaire cérébral

SYMPTOMATOLOGIE

- Une des causes précédentes est habituellement présente.
- Antécédents familiaux de trouble épileptique
- Âge d'apparition, fréquence des crises
- Perte de conscience soudaine ou perte de contrôle moteur (ou les deux)
- La description des crises peut varier (selon le type)
- Perte du contrôle intestinal et vésical pendant la crise épileptique (p. ex. grand mal)
- Antécédents possibles d'aura précédant les crises
- Facteurs déclenchants : consommation d'alcool, usage de drogues illicites, infection, mauvais usage des anticonvulsivants
- Antécédents d'accident vasculaire cérébral, traumatisme crânien, hypoxie, infection neurologique, exposition à des toxines, troubles du développement

OBSERVATIONS

Après une crise aiguë

- La température est normale, sauf s'il y a infection.
- La fréquence cardiaque est élevée.
- La tension artérielle est variable.
- Le client est dans un état post-ictal si la crise est récente (p. ex. somnolence, confusion, modifications du comportement).
- Signe de traumatisme
- Les résultats de l'examen neurologique et de l'examen des autres appareils dépendent de la cause de la crise.

Client qui n'est pas en crise

Les résultats de l'examen neurologique sont habituellement normaux.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Épilepsie
- Problèmes liés aux drogues/médicaments (non-adhésion au traitement prescrit, symptômes de sevrage, surdose, polytoxicomanie)
- Hypoxie
- Tumeur cérébrale
- Infection cérébrale
- Trouble métabolique (p. ex. hypoglycémie, urémie, insuffisance hépatique, perturbation de l'équilibre électrolytique)
- Sevrage alcoolique
- Traumatisme crânien
- Accident vasculaire cérébral

COMPLICATIONS

- Blessures qui surviennent pendant la crise ou par suite d'une chute
- Hypoxie durant la crise
- État de mal épileptique
- Répercussions sur la vie quotidienne (p. ex. travail, conduite automobile, interactions sociales)

TESTS DIAGNOSTIQUES

Électroencéphalogramme

TRAITEMENT

Le traitement dépend de la cause sous-jacente et de la sévérité des symptômes.

Objectifs

- Supprimer les crises.
- Prévenir les récidives.
- Permettre à la personne de mener une vie normale.
- Parvenir à l'adhésion au traitement à long terme.
- Mettre fin à la médication par suite de la maîtrise continue des crises.

Consultation

- Si le client n'est pas en état de crise à l'arrivée, consultez immédiatement le médecin s'il a eu une crise convulsive qui n'a jamais fait l'objet d'un diagnostic ou s'il a des antécédents de crises convulsives survenues malgré un traitement médicamenteux.
- Si le client est en état de crise à l'arrivée, *voir la section « État de mal épileptique » dans le présent chapitre*.

Interventions non pharmacologiques

- Aidez le client à reconnaître ainsi qu'à réduire ou à éviter les facteurs déclenchants (p. ex. consommation d'alcool).
- Recommandez des repas réguliers et un régime alimentaire équilibré.
- Encouragez la réduction du stress.
- Recommandez au client d'éviter de se fatiguer.
- Suggérez le recours à une thérapie de relaxation.

Interventions pharmacologiques

Les anticonvulsivants sont adaptés aux divers types de crise. La monothérapie est idéale, mais de 10 à 15 % des clients doivent prendre plus de deux médicaments. La non-adhésion au traitement est la principale cause de récidive.

Anticonvulsivants utilisés couramment (médicaments de classe B)

- carbamazépine (Tegretol)
- clonazépam (Rivotril)
- gabapentin (Neurontin)
- lamotrigine (Lamictal)
- phénobarbital (Phenobarb)
- phénytoïne (Dilantin)
- primidone (Mysoline)
- acide valproïque (Depakene)
- vigabatrin (Sabril)

Surveillance et suivi

- Tous les 6 mois si les crises sont enrayées; plus souvent si le client a des crises malgré le traitement.
- Évaluez l'adhésion au traitement.
- Surveillez les concentrations sériques de médicaments tous les 6 mois si l'état du client est stable, ou plus souvent si nécessaire.

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Dirigez le client vers un médecin au moins une fois par année si les crises sont bien contrôlées.
- Dirigez d'urgence le client vers un médecin s'il a des crises épileptiques.
- Envisagez un suivi neurologique si les médicaments que prend le client ne suppriment pas les crises.

ÉTAT DE MAL ÉPILEPTIQUE (CRISE DE GRAND MAL AIGUË)

DÉFINITION

État épileptique qui dure plus de 15 minutes ou crises qui surviennent à répétition sans que le client reprenne conscience. Lorsque la crise dure plus de 60 minutes sans être traitée, l'état de mal épileptique est associé à une morbidité et à une mortalité importantes.

CAUSE

- Inconnue
- Mauvaise absorption des anticonvulsivants
- Non-adhésion au traitement
- Réduction trop rapide de la dose d'anticonvulsivants

SYMPTOMATOLOGIE

- La crise commence par une convulsion.
- Les épisodes de mouvements toniques et cloniques se produisent à répétition sans que le client reprenne conscience.
- La crise peut durer des heures ou des jours.
- Elle peut être fatale.

OBSERVATIONS

- La température est normale, sauf s'il y a une infection sous-jacente.
- La fréquence cardiaque est élevée et le pouls peut être irrégulier.
- La respiration est irrégulière (elle est absente durant la convulsion et présente entre les convulsions).
- La tension artérielle est élevée ou basse.
- La saturation en oxygène peut être réduite.
- Le client est inconscient.
- Le client est pâle ou cyanosé.
- Perte du contrôle intestinal et vésical
- Épisodes répétés de mouvements toniques et cloniques
- Présence possible d'écume à la bouche
- Il peut y avoir du sang autour de la bouche ou dans la bouche du client s'il s'est mordu la langue.
- Signe de traumatisme

COMPLICATIONS

- Hypoxie
- Arythmie cardiaque
- Lésion cérébrale
- Décès

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Électrocardiogramme (ECG) (si possible), lorsque le client a plus de 50 ans
- Prélèvement de sang pour la détermination de la glycémie
- Échantillon d'urine à des fins d'analyse (analyse courante et microscopie, culture et antiobiogramme)

TRAITEMENT

Objectifs

- Préserver l'ouverture des voies respiratoires.
- Stabiliser la fonction cardiorespiratoire.
- Mettre fin à la crise.

Interventions non pharmacologiques

- Assurez-vous que les voies respiratoires sont dégagées et perméables.
- Aspirez les sécrétions au besoin.
- Introduisez une canule oropharyngée.
- Aidez le client à respirer, au besoin à l'aide d'un ballon masque Ambu.

Traitement adjuvant

- Administrez de l'oxygène à raison de 6-10 l/min; maintenez une saturation en oxygène supérieure à 97 ou 98 %.
- Commencez la thérapie IV avec un soluté physiologique; réglez le débit de la perfusion en fonction de l'équilibre hydrique du client.

Interventions pharmacologiques

Anticonvulsivants :

> administrez du lorazépam (Ativan) (**médicament de classe D**), 2 mg IV, pendant 1 min; répétez la dose à 4 min d'intervalle si les convulsions persistent (dose maximale de 8 mg)

En l'absence de lorazépam :

> diazépam (Valium) (**médicament de classe D**), 5 mg IV; répétez la dose à 4 min d'intervalle si les convulsions persistent (dose maximale de 20 mg)

Le lorazépam est préférable parce que son action dure plus longtemps et que le risque de dépression respiratoire est moindre.

Administrez du diazépam avec prudence aux clients qui ont reçu des barbituriques parce que la dépression respiratoire est un effet secondaire additif.

Surveillez de près l'état du client pour déceler tout signe de dépression respiratoire.

Consultation

Consultez un médecin dans les plus brefs délais après le traitement d'urgence, parce que des anticonvulsivants à action prolongée (p. ex phénytoïne [Dilantin]) sont également nécessaires pour mettre fin aux crises et prévenir les récidives, si les anticonvulsivants recommandés n'agissent pas.

Anticonvulsivants à action prolongée qui sont utilisés couramment :

phénobarbital (Phenobarb) (**médicament de classe B**), 15 mg/kg IV, 25-50 mg/min; on peut aussi utiliser la voie IM.

La dépression respiratoire causée par le phénobarbital s'ajoute à celle provoquée par les benzodiazépines; il peut donc être nécessaire de pratiquer une intubation si on emploie du phénobarbital.

phénytoïne (Dilantin) (**médicament de classe B**), 15 mg/kg IV, 1 mg/kg par minute (ne pas administrer plus de 50 mg/min); la dose ne doit pas excéder 1 g chez l'adulte; mélangez avec du soluté physiologique (50 ml/500 mg chez l'adulte).

Surveillance et suivi

- Déterminez les déficits neurologiques localisés.
- Évaluez si l'état de conscience redevient normal.
- Surveillez les signes vitaux.
- Surveillez la présence d'une activité convulsive continue.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale dans les plus brefs délais.

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC)

DÉFINITION

Apparition soudaine d'un déficit neurologique focal par suite d'un infarctus ou d'une hémorragie au niveau du tissu cérébral. Quatre-vingts pour cent des AVC sont de nature ischémique et environ 25 % sont attribuables à une embolie cérébrale.

CAUSES

Infarctus résultant d'une thrombose ou d'une embolie

- *AVC en évolution :* état instable, déficits neurologiques en progression
- *AVC constitué* : état stable, déficit neurologique qui n'évolue pas

Facteurs de risque

- Fibrillation auriculaire
- Cardiopathie valvulaire (surtout avec un rétrécissement mitral et un prolapsus valvulaire mitral)
- Maladie coronarienne
- Infarctus du myocarde récent
- Anévrisme ventriculaire
- Sténose carotidienne
- Maladie vasculaire périphérique
- Tabagisme
- Hyperlipidémie
- Diabète sucré
- Antécédents de consommation de drogues injectables (p. ex. cocaïne, amphétamines)

Hémorragie intracrânienne

- *Hémorragie intracérébrale :* hémorragie à l'intérieur ou autour du cerveau
- *Hémorragie sous-arachnoïdienne :* responsable de 5 à 10 % des accidents vasculaires cérébraux

Facteurs de risque

- Hypertension
- Malformations artérioveineuses

SYMPTOMATOLOGIE

- Présence de l'une des causes énumérées ci-dessus
- Un début soudain évoque un infarctus, mais on doit éliminer l'abcès cérébral, la tumeur cérébrale et l'hématome sous-dural.

AVC en évolution

- Dysfonctionnement neurologique qui évolue sans douleur pendant plusieurs heures ou jours
- Absence de mal de tête
- Touche progressivement le reste de l'organisme
- Évolution graduelle avec des périodes de stabilité; peut être continue

Diminution ou altération possible de l'état de conscience

AVC constitué

- Début brutal
- Les symptômes atteignent leur point culminant en quelques minutes.
- Déficits neurologiques unilatéraux

Diminution ou altération possible de l'état de conscience

Hémorragie intracrânienne

- Évoquée par le coma, les vomissements, une céphalée sévère, des antécédents de traitement par la warfarine, des antécédents d'anomalie vasculaire (p. ex. anévrisme, angiome), tension artérielle systolique > 220 mm Hg, glycémie ≥ 170 mg/dl (9,43 mmol/l) chez le client qui n'est pas diabétique
- Hémorragie sous-arachnoïdienne évoquée par l'apparition récente d'une céphalée sévère parfois suivie de nausées et de vomissements et d'une perte de conscience (passagère ou coma). Le client peut toutefois souffrir seulement d'un mal de tête et présenter des résultats normaux à l'examen physique.

OBSERVATIONS

- La fréquence cardiaque peut être élevée et le pouls, irrégulier.
- La tension artérielle peut être normale, élevée ou faible.
- Le client ressent une détresse modérée ou aiguë.
- Il peut être inconscient.
- Il peut y avoir de la confusion mentale.
- Faiblesse unilatérale
- Il peut y avoir de l'aphasie.
- Incontinence urinaire et intestinale possible
- Sensibilité parfois moindre du côté atteint
- Faiblesse musculaire du côté atteint
- Diminution ou hyperactivité possible des réflexes du côté atteint
- Présence possible de clonus
- Bruit carotidien possible
- Souffle cardiaque possible

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Trouble épileptique
- Hématome sous-dural
- Traumatisme crânien
- Tumeur

COMPLICATIONS

- Ventilation insuffisante
- Aspiration
- Convulsions
- Troubles de communication
- Rétention urinaire aiguë ou incontinence urinaire
- Incontinence intestinale
- Thrombose veineuse profonde
- Nécrose cutanée (escarres de décubitus)
- Décès

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Une ECG peut être utile.
- Recherchez une fibrillation auriculaire.

TRAITEMENT

Objectifs

- Garder les voies respiratoires dégagées.
- Assurer une ventilation suffisante.

Interventions non pharmacologiques

- Introduisez une canule oropharyngée (si le client est inconscient).
- Aspirez les sécrétions au besoin.
- Ventilez à l'aide d'un ballon masque Ambu à 12 puls/min au besoin.
- N'administrez rien par la bouche si l'AVC altère l'état de conscience ou le mécanisme de déglutition.
- Mettez en place une sonde urinaire si l'état de conscience est altéré.

Traitement adjuvant

- Administrez de l'oxygène à raison de 6-10 l/min ou plus au besoin; maintenir un niveau de saturation en oxygène de plus de 97 à 98 %.
- Commencez la thérapie IV par un soluté physiologique; réglez le débit en fonction de l'âge, des problèmes de santé préexistants et de l'équilibre hydrique du client et de sa capacité de prendre des liquides.

N'administrez pas un volume excessif de liquides, surtout si une hémorragie cérébrale est soupçonnée.

Consultation

Consultez un médecin aussitôt que l'état du patient est stable.

Interventions pharmacologiques

- Aucune intervention pharmacologique est expressément indiquée pendant la phase aiguë.
- Ne tentez pas d'abaisser la tension artérielle, car une tension artérielle élevée a souvent une fonction de compensation. Une baisse soudaine de la tension artérielle pourrait aggraver l'AVC.

Surveillance et suivi

- Surveillez les signes vitaux, l'apport de liquides et le débit urinaire à l'heure.
- Surveiller l'état de conscience et l'évolution de l'état neurologique.
- Vérifiez si des complications surviennent.
- Surveillez les signes d'une éventuelle aggravation de problèmes de santé préexistants.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale dans les plus brefs délais.

CHAPITRE 9 – DERMATOLOGIE

Table des matières

EXAMEN DE LA PEAU

ANAMNÈSE ET EXAMEN DE LA PEAU

GÉNÉRALITÉS

Chaque symptôme doit être noté et examiné en fonction des caractéristiques suivantes :

- Apparition (soudaine ou graduelle)
- Évolution dans le temps
- État actuel (amélioration ou aggravation)
- Localisation
- Qualité
- Fréquence et durée
- Sévérité
- Facteurs déclenchants et aggravants
- Facteurs de soulagement
- Symptômes associés
- Répercussions sur les activités quotidiennes
- Épisodes similaires diagnostiqués auparavant
- Traitements antérieurs
- Efficacité des traitements antérieurs

SYMPTÔMES DOMINANTS

En plus des caractéristiques générales décrites ci-dessus, il faut aussi explorer les symptômes suivants :

Peau

- Modification de la texture ou de la couleur
- Sécheresse ou moiteur anormale
- Démangeaisons
- Éruptions
- Contusions, pétéchies
- Modification de la pigmentation
- Lésions
- Modification des grains de beauté ou des taches de vin

Cheveux

- Perte de cheveux, modification de la texture ou de la répartition

Ongles

- Modification de la texture, de la constitution

Autres symptômes associés

- Siège de la première lésion
- Dates et localisation des récidives
- Symptômes intermittents ou continus
- Lien avec des conditions environnementales ou professionnelles

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (CUTANÉS)

- Allergies (p. ex. asthme, fièvre des foins, urticaire)
- Maladie virale récente ou actuelle
- Maladie bactérienne récente ou actuelle
- Fièvre
- Allergies à des médicaments, à des aliments, à d’autres substances chimiques
- Médicaments (p. ex. stéroïdes, contraceptifs oraux, antibiotiques, produits grand public)
- Immunosuppression (p. ex. VIH/sida)
- Dermatite séborrhéique
- Psoriasis
- Diabète

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (CUTANÉS)

- Allergies (p. ex. saisonnières, alimentaires)
- Dermatite séborrhéique
- Autres membres de la famille ayant des symptômes similaires (p. ex. éruptions)
- Psoriasis

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET SOCIAUX (CUTANÉS)

- Obésité
- Manque d’hygiène
- Environnement chaud ou humide, milieu de vie insalubre
- Stress (peut provoquer des poussées de dermatoses chroniques, comme le psoriasis)
- Exposition à de nouveaux produits chimiques (p. ex. savons), aliments, animaux de compagnie, plantes
- Troubles émotifs
- Antécédents de peau sensible
- Autres personnes à la maison, au travail ou à l’école ayant des symptômes similaires
- Voyage récent

EXAMEN PHYSIQUE

ASPECT GÉNÉRAL

- État de santé apparent
- Confort ou détresse
- Teint (p. ex. rouge, pâle)
- État nutritionnel (obésité, maigreur)
- État d'hydratation
- Âge apparent
- Concordance entre l'apparence et l'âge déclaré
- Signes vitaux (la température peut être élevée)

INSPECTION ET PALPATION DE LA PEAU

- Couleur
- Température, texture, turgescence
- Sécheresse, moiteur
- Desquamation
- Pigmentation
- Vascularité (érythème, veines anormales)
- Ecchymoses, pétéchies
- Œdème (déclive, facial)
- Indurations
- Lésions isolées (couleur, type, texture, répartition générale, pourtour et relief)
- Cheveux (densité, texture, distribution)
- Ongles (forme, texture, coloration anormale, stries)
- Muqueuses
- Plis de flexion

AUTRES ASPECTS

- Examinez les ganglions lymphatiques.
- Examinez les régions distales des ganglions lymphatiques enflés.

PRINCIPAUX TYPES DE LÉSIONS CUTANÉES

Les principaux types et caractéristiques des lésions cutanées sont présentés dans le tableau 1.

La jaunisse, l'angiome stellaire, l'érythème palmaire ou un « collier » de télangiectasies peuvent être révélateurs d'une maladie hépatique d'origine alcoolique. Les pétéchies et le purpura sont des signes de problèmes de coagulation.

Tableau 1 : Principaux types de lésions cutanées

Type de lésion	Caractéristiques
Papule ortiée :	Lésion changeante, passagère, indurée, saillante et de forme irrégulière provoquée par de l'œdème local (réaction allergique à des médicaments, piqûres, rayons du soleil).
Croûte :	Sérum, sang ou pus séché.
Érosion :	Perte d'une partie ou de la totalité de l'épiderme.
Excoriation :	Écorchure linéaire ou creusée causée par grattage, friction ou curetage.
Lichénification :	Épaississement de la peau avec accentuation de ses plis (eczéma).
Macule :	Tache plate, circonscrite, colorée, de forme et de dimension variables (taches de rousseur, grains de beauté, taches de vin).
Nodule :	Lésion pleine, palpable, surélevée ou non (kystes kératinisés, petits lipomes, fibromes).
Papule :	Lésion pleine surélevée (verrues, psoriasis, lésion syphilitique, grains de beauté pigmentés).
Pustule :	Lésion superficielle surélevée contenant du pus (impétigo, acné, furoncles, anthrax).
Squames :	Particules d'épithélium corné (psoriasis, dermatite séborrhéique, infections fongiques, dermatite chronique).
Télangiectasies :	Fines lignes rouges, souvent irrégulières, produites par la dilatation de capillaires, normalement invisibles.
Ulcère :	Perte de l'épiderme et d'au moins une partie du derme.
Vésicule :	Lésion surélevée et circonscrite de diamètre < 5 mm contenant un liquide transparent. Les vésicules de plus grosse taille sont classées dans la catégorie des cloques ou des ampoules (piqûres d'insecte, eczéma allergique, coups de soleil).

AFFECTIONS COURANTES DE L'ÉPIDERME

ABCÈS (SOUS-CUTANÉ)

DÉFINITION

Accumulation de pus localisée dans les tissus sous-cutanés.

CAUSES

- *Staphylococcus aureus*, bactéries anaérobies, autres micro-organismes
- Facteurs prédisposants : folliculite, cellulite, traumatisme, incision

SYMPTOMATOLOGIE

- Douleur, œdème, rougeur de la région infectée
- Présence possible de fièvre
- Blessure ou traumatisme

OBSERVATIONS

- Hausse possible de la température
- Accélération possible du pouls
- Le client peut sembler malade.
- Rougeur et œdème localisés
- Suppuration possible
- Induration localisée
- Sensibilité
- Abcès fluctuant (possiblement difficile à sentir à la palpation s'il est profond)
- Les ganglions lymphatiques de la région atteinte peuvent être enflés et sensibles.
- Il est souvent difficile d'évaluer la taille d'un abcès, qui est habituellement plus gros qu'il n'en a l'air.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Cellulite.

COMPLICATIONS

Septicémie.

TESTS DIAGNOSTIQUES

Prélevez un échantillon de l'exsudat par écouvillonnage pour culture et antibiogramme.

TRAITEMENT

Pour un abcès **petit, simple et non compliqué,** qui ne peut être ouvert et drainé, le traitement approprié comprend le nettoyage et la protection de la région lésée et l'administration d'un antibiotique par voie orale. Pour un **abcès compliqué, étendu ou situé dans une région délicate du corps ou un abcès chez un sujet immunodéprimé** , il faut administrer un antibiotique IV et diriger le client vers un médecin sans délai.

Objectifs

- Enrayer l'infection
- Prévenir les complications

Consultation

Il faut consulter un médecin si le client est fébrile ou semble gravement malade, s'il présente des signes de cellulite, de lymphangite ou d'adénopathie étendue, ou si l'on soupçonne ou décèle la présence d'un abcès dans une région délicate (p. ex. la tête ou le cou, les mains, les pieds, la région périrectale) ou chez un client immunodéprimé (p. ex. un diabétique).

Interventions non pharmacologiques

Petits abcès non compliqués

- Il faut appliquer des compresses d'eau tiède salée quatre fois par jour.
- Recouvrez toute plaie ouverte d'un pansement stérile, non adhésif (p.ex. TELFA).
- Immobilisez le membre infecté, surélevez-le et soutenez-le à l'aide d'une attelle peu serrée.

Abcès profonds

- Repos au lit
- Recouvrez toute plaie ouverte d'un pansement stérile, non adhésif (p.ex. TELFA).
- Immobilisez le membre infecté, surélevez-le et soutenez-le à l'aide d'une attelle peu serrée.

Traitement adjuvant

Abcès profonds

Amorcez un traitement IV à l'aide de soluté physiologique; réglez le débit de perfusion en fonction de l'équilibre hydrique et de l'âge du client.

Interventions pharmacologiques

Petits abcès non compliqués

Antibiotiques :

cloxacilline (Orbenin) (**médicament de classe A**), 250-500 mg PO qid pendant 10 jours

ou

céfalexine (Keflex) (**médicament de classe C**), 250 mg PO qid pendant 10 jours

En cas d'allergie à la pénicilline :

érythromycine (E-Mycin) (**médicament de classe A**), 250-500 mg PO qid

Antipyrétiques et analgésiques :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 325 ou 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4-6 h au besoin

Abcès profond

Vous pouvez commencer à administrer des antibiotiques IV, comme ceux énumérés ci-dessous avant de transférer le client, *si un médecin les prescrit :*

céfazoline (Ancef) (**médicament de classe B)**, 0,5-1,0 g IV toutes les 6-8 h

Si l'abcès est situé dans la région périrectale :

céfoxitine (Mefoxin) (**médicament de classe B**), 1 g IV toutes les 8 h

et

métronidazole (Flagyl) (**médicament de classe B**), 7,5 mg/kg IV toutes les 6 h

En cas d'allergie à la pénicilline :

érythromycine (Erythrocin) (**médicament de classe A**), 500 mg IV toutes les 8-12 h (dose quotidienne maximale de 20 mg/kg)

Surveillance et suivi

Petits abcès non compliqués

Suivi quotidien jusqu'à résolution de l'infection.

Abcès profond

Vérifiez fréquemment les signes vitaux et surveillez les signes de septicémie.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Petits abcès non compliqués

En général, il n'est pas nécessaire de consulter un médecin.

Abcès profond

Procédez à l'évacuation médicale dans les plus brefs délais, pour une pharmacothérapie IV et éventuellement un drainage chirurgical.

CELLULITE

DÉFINITION

Inflammation aiguë, extensive et diffuse de la peau, affectant ses couches plus profondes et les tissus sous-cutanés.

CAUSES

- Bactéries : principalement *Staphylococcus* ou *Streptococcus*
- Facteurs prédisposants : traumatisme local, furoncle, ulcère sous-cutané

Lorsque la cellulite est provoquée par une morsure, différents agents pathogènes peuvent être en cause. *Voir la section « Lésions cutanées »* dans *« Urgences dermatologiques » plus loin dans ce chapitre.*

SYMPTOMATOLOGIE

- Douleur localisée
- Rougeur
- Œdème
- Région de plus en plus rouge, chaude au toucher, douloureuse
- Sensibilité dans la région périphérique
- Présence possible d'une légère fièvre et de céphalée

OBSERVATIONS

- La température peut être élevée.
- La fréquence cardiaque peut être élevée.
- Rougeur, œdème
- Lésion diffuse, non clairement circonscrite
- Léger écoulement purulent possible
- Rougeur et œdème dans la région périphérique, tension cutanée possible
- Œdème
- Sensibilité
- Induration (ferme au toucher)
- Hypertrophie et sensibilité possibles des ganglions dans la région atteinte

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Folliculite
- Présence d'un corps étranger
- Abcès

COMPLICATIONS

- Extension de l'infection
- Abcès
- Septicémie

TESTS DIAGNOSTIQUES

Prélevez un échantillon de l'exsudat par écouvillonnage pour culture et antibiogramme.

TRAITEMENT

En cas d'affection **bénigne**, il n'est pas nécessaire, en général, de consulter un médecin ou d'adresser le client à un médecin; le client peut être traité en consultation externe. En cas d'affection **modérée ou grave,** un traitement IV s'impose, et le client doit être adressé à un médecin.

Objectifs

- Enrayer l'infection
- Déceler la présence d'un abcès

Consultation

Cellulite bénigne

Il n'est généralement pas nécessaire de consulter un médecin.

Cellulite modérée ou grave

Il faut consulter un médecin dans les cas suivants :

- la cellulite est modérée ou grave (p. ex. infection étendue)
- elle progresse rapidement, ce qui peut être un signe d'infection invasive à streptocoque
- les régions atteintes sont les mains, les pieds, le visage ou une articulation
- le client présente un déficit immunitaire (p. ex. souffre du diabète)
- le client est fébrile, semble gravement malade ou montre des signes de septicémie

Interventions non pharmacologiques

Cellulite bénigne

- Appliquez des compresses d'eau chaude salée sur les régions atteintes quatre fois par jour.
- Mettez le membre atteint au repos, surélevez-le et soutenez-le à l'aide d'une attelle peu serrée.

Éducation du client

- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, adhésion au traitement).
- Il faut observer les règles d'hygiène qui s'appliquent à toutes les plaies cutanées pour prévenir toute infection future.
- Soulignez l'importance d'un suivi étroit.

Traitement adjuvant

Cellulite bénigne

En cas de lésion provoquée par un traumatisme, vérifiez si le client est immunisé contre le tétanos; dans la négative, administrez le vaccin antitétanique.

Cellulite modérée ou sévère

- Amorcez un traitement IV à l'aide de soluté physiologique pour garder la veine ouverte; réglez le débit de perfusion en fonction de l'équilibre hydrique et de l'âge du patient.
- En cas de lésion provoquée par un traumatisme, vérifiez si le client est immunisé contre le tétanos; dans la négative, administrez le vaccin antitétanique.

Interventions pharmacologiques

Cellulite bénigne

Antibiotique oral :

cloxacilline (Orbenin) (**médicament de classe A**), 250 mg PO qid pendant 10 jours

ou

érythromycine (E-Mycin) (**médicament de classe A**), 250 mg PO qid pendant 10 jours

ou

céphalexine (Keflex) (**médicament de classe C**), 250-500 mg PO qid pendant 10 jours

Les signes distinctifs de l'infection à streptocoque sont rares, ce qui complique l'établissement du diagnostic. Par conséquent, il faudrait *ajouter* de la pénicilline à ce régime :

pénicilline (Pen Vee K) (**médicament de classe A**) 300 mg qid pendant 10 jours

En cas d'allergie à la pénicilline :

érythromycine (E-Mycin) (**médicament de classe A**), 250-500 mg PO qid pendant 10 jours

Antipyrétiques et analgésiques :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4-6 h au besoin

Cellulite modérée ou grave

Amorcez une antibiothérapie IV sur prescription du médecin seulement.

Antipyrétiques et analgésiques :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4-6 h au besoin

Surveillance et suivi

Cellulite bénigne

- Assurez un suivi quotidien afin de vérifier si l'infection diminue.
- Expliquez au client qu'il doit revenir à la clinique sans délai si la lésion devient fuyante, si la douleur augmente ou en cas de fièvre.

Cellulite modérée ou sévère

Vérifiez fréquemment les signes vitaux et la région atteinte pour déceler les signes de progression.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Cellulite modérée ou sévère

Procédez à l'évacuation médicale dans les plus brefs délais.

FURONCLE ET ANTHRAX

DÉFINITION

- *Furoncle ou clou* : nodule périfolliculaire sensible dû à une inflammation aiguë
- *Anthrax* : groupe de furoncles, généralement plus gros et plus profonds

CAUSES

- Infection staphylococcique de plusieurs follicules pileux
- Facteurs prédisposants : obésité, diabète, manque d'hygiène, transpiration ou friction excessive, séborrhée, traumatisme local (p. ex. épilation), utilisation de stéroïdes systémiques

SYMPTOMATOLOGIE

- Généralement localisé sur le cou, les aisselles, les seins, le visage et les fesses
- Rougeur, œdème, douleur, sensibilité localisés
- Apparition d'un petit nodule, qui se transforme rapidement en une grosse pustule
- Écoulement purulent, sanguignolent à l'incision
- Lésion isolée ou plusieurs lésions rapprochées
- Lésions parfois récurrentes
- Absence de fièvre

OBSERVATIONS

- Nodule ou pustule de 5 à 30 mm de diamètre
- De couleur rouge foncé
- Écoulement spontané possible de pus de la région centrale
- L'anthrax peut prendre la forme d'une masse rouge présentant de multiples cavités purulentes dans les tissus épais dépourvus d'élasticité (p. ex. nuque, dos, cuisses).
- Chaleur, sensibilité à la palpation
- Lésions parfois fluctuantes
- En général, les ganglions de la région atteinte ne sont pas enflés ni sensibles.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Cellulite
- Abcès

COMPLICATIONS

- Cicatrices
- Propagation de l'infection (p. ex. lymphangite, lymphadénite)
- Abcès
- Récurrence

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Prélevez un échantillon de l'exsudat par écouvillonnage pour culture et antibiogramme.
- Vérifiez la glycémie en cas d'infections à répétition ou en présence de symptômes évocateurs du diabète sucré.

TRAITEMENT

Objectifs

- Enrayer l'infection
- Prévenir les récidives
- Déceler les facteurs prédisposants (p. ex. le diabète)

Consultation

Consultez un médecin en présence d'un gros furoncle ou anthrax, qui pourrait nécessiter un drainage chirurgical.

Interventions non pharmacologiques

- Il faut appliquer des compresses d’eau tiède salée au moins quatre fois par jour (dans le cas des furoncles mineurs, les compresses pourraient permettre la résolution de l’inflammation ou un écoulement spontané).
- Recouvrez la région d’un pansement stérile, non adhésif.
- En cas de tuméfaction fluctuante et acuminée, pratiquez une incision nette et laissez le pus s’écouler, ce qui atténuera la douleur et la sensibilité.

Éducation du client

- Expliquez au client l’utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence).
- Encouragez le client à bien nettoyer la région atteinte.
- Soulignez l’importance d’un nettoyage régulier de la peau pour éviter d’autres infections.
- Recommandez au client d’éviter de gratter ou de presser les lésions.
- Dans le cas des infections à répétition, conseillez au client de laver la région infectée avec un savon antiseptique doux deux fois par jour pour prévenir les récidives.

Interventions pharmacologiques

Antibiotiques en cas d’infection modérée ou sévère :

cloxacilline (Orbenin) (**médicament de classe A**), 250 mg PO qid pendant 7-10 jours

En cas d’allergie à la pénicilline :

érythromycine (E-Mycin) (**médicament de classe A**), 250 mg PO qid pendant 7-10 jours

Surveillance et suivi

- Suivi après deux jours et après 7-10 jours
- Demandez au client de revenir sans délai si la lésion devient fluctuante, si la douleur augmente, ou en présence de fièvre.

Orientation vers d’autres ressources médicales

Fixez un rendez-vous (non urgent) avec le médecin en cas de récidive.

IMPÉTIGO

DÉFINITION

Infection cutanée superficielle d’origine bactérienne, extrêmement contagieuse.

CAUSES

- *Streptococcus*, *Staphylococcus* ou une combinaison des deux
- Facteurs prédisposants : traumatisme local, piqûres d’insectes, lésions cutanées dues à d’autres affections (p. ex. eczéma, gale, pédiculose)

SYMPTOMATOLOGIE

- Les régions les plus fréquemment atteintes sont le visage, le cuir chevelu et les mains, mais les lésions peuvent apparaître n’importe où.
- Les régions généralement touchées sont des régions découvertes.
- L’impétigo survient généralement durant les mois d’été.
- Les nouvelles lésions sont généralement attribuables à l’auto-inoculation.
- L’éruption apparaît d’abord sous forme de taches rouges, qui peuvent être associées à des démangeaisons.
- Les lésions se transforment en petites vésicules puis en pustules, qui éclatent et laissent écouler un liquide.
- Ce liquide sèche et forme une croûte d’un jaune doré caractéristique.
- Les lésions ne causent pas de douleurs.
- La fièvre et les symptômes généraux sont rares.
- Une fièvre bénigne peut se manifester dans les cas d’infection généralisée.

OBSERVATIONS

- Lésion formant une croûte épaisse d’un jaune doré sur fond rouge
- Nombreuses lésions cutanées à différents stades d’évolution (vésicules, pustules, croûtes, écoulement séreux ou pustuleux, lésions en voie de cicatrisation)
- Des bulles peuvent se former.
- Les lésions et la région périphérique peuvent être chaudes à la palpation.
- Les ganglions dans la région touchée peuvent être enflés et sensibles.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Dermatite infectée, dermite de contact, gale
- Herpès accompagné de vésicules ou de croûtes
- Varicelle accompagnée de vésicules ou de croûtes
- Zona (herpes zoster) accompagné de vésicules ou de croûtes
- Bulles provoquées par des piqûres d'insectes

COMPLICATIONS

- Cellulite localisée ou étendue
- Glomérulonéphrite poststreptococcique (rare chez l'adulte)

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Enrayer l'infection
- Prévenir l'auto-inoculation
- Prévenir la contamination des membres de l'entourage

Consultation

Consultez un médecin si le traitement ne donne aucun résultat.

Interventions non pharmacologiques

- Il faut appliquer quatre fois par jour et au besoin des compresses d'eau tiède salée pour assouplir et éliminer les croûtes.
- Nettoyez la région atteinte avec un agent antimicrobien antiseptique pour réduire la croissance bactérienne.

Éducation du client

- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, régularité).
- Recommandez au client d'observer les règles d'hygiène appropriées (se laver tous les jours avec le savon prescrit).
- Conseillez le client quant à la prévention des récidives.
- Suggérez au client des moyens de prévenir la contamination des autres membres de sa famille (p. ex. se laver les mains soigneusement, utiliser des serviettes réservées à son propre usage).

Interventions pharmacologiques

Appliquez un antibiotique topique après chaque application de compresses :

bacitracine en pommade (Baciguent) (**médicament de classe A**), qid

ou

mupirocine en pommade (Bactroban) (**médicament de classe A**), qid

ou

acide fusidique en pommade ou en crème (Fucidin) (**médicament de classe A**), qid

Administrez un antibiotique oral si un grand nombre de lésions semblent infectées :

cloxacilline (Orbenin) (**médicament de classe A**), 250 mg PO qid pendant 10 jours

ou

érythromycine (E-Mycin) (**médicament de classe A**), 250 mg PO qid pendant 10 jours

En cas d'allergie à la pénicilline :

érythromycine (E-Mycin) (**médicament de classe A**), 250 mg PO qid pendant 10 jours

Surveillance et suivi

- Assurez un suivi après 2-3 jours pour évaluer la réponse au traitement.
- Demandez au client de revenir se faire examiner s'il fait de la fièvre ou si l'infection s'étend malgré le traitement.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Elle n'est généralement pas nécessaire, sauf en cas de complications.

ECZÉMA (DERMITE ATOPIQUE)

DÉFINITION

Inflammation cutanée chronique, qui provoque des démangeaisons.

CAUSES

- Essentiellement inconnues
- Sensibilité cutanée héréditaire
- Allergie

SYMPTOMATOLOGIE

- Apparaît dès la première enfance
- Peut persister durant toute la vie
- Les symptômes à l'âge adulte sont différents des symptômes qui se manifestent durant la première année de la vie et l'enfance.
- Alternance de rémissions et de poussées
- Des antécédents familiaux d'eczéma, d'allergies et d'asthme sont fréquents.
- Affection caractérisée essentiellement par des démangeaisons et une desquamation
- Éruptions vésiculaires possibles
- Le grattage provoque la rupture des vésicules.
- Un liquide séreuxet transparent s'écoule des vésicules, provoquant une éruption cutanée.
- Un cercle vicieux démangeaisons-grattage-rash-démangeaisons s'ensuit.
- Touche généralement le visage, le cou, les bras et le dos, les plis de flexion des membres, les pieds
- Peut se généraliser
- Apparition fréquente d'une infection bactérienne secondaire
- Des irritants particuliers peuvent être identifiés dans certains cas.
- Sensibilité à la laine, aux solvants, aux crèmes, aux lotions et aux savons parfumés
- Présence fréquente d'allergies, d'asthme, de dermatite de contact

OBSERVATIONS

- Desquamation, sécheresse, épaississement (lichénification) de l'épiderme
- Présence possible de fissures
- Excoriations
- Présence fréquente d'une légère rougeur et d'œdème
- Présence possible de vésicules dans certaines régions
- Présence possible de lésions suintantes
- Présence possible de pustules ou de croûtes
- Modifications chroniques de certaines régions cutanées (amincissement, cicatrices, lichénification)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Dermite séborrhéique
- Sécheresse de la peau (prurit hivernal)
- Dermite de contact allergique
- Psoriasis
- Gale

COMPLICATIONS

- Infection bactérienne secondaire
- Irritation cutanée chronique
- Effets secondaires des médicaments (p.ex. corticostéroïdes)

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager les symptômes
- Prévenir les infections secondaires

Consultation

Il faut consulter un médecin si le traitement ne donne aucun résultat après 1 semaine.

Interventions non pharmacologiques

- Offrez du soutien au client, étant donné qu'il peut être difficile de vivre avec cette affection irritante et peu esthétique.
- Indiquez au client qu'il doit cesser d'utiliser les corticostéroïdes dès que les lésions graves sont cicatrisées, ces médicaments n'ayant pas d'action préventive et risquant d'irriter et d'endommager davantage l'épiderme.
- Aidez le client à identifier les facteurs déclenchants et aggravants, et incitez-le à les éviter.
- Pour assécher et rafraîchir les lésions humides, conseillez au client d'appliquer des compresses quatre fois par jour au besoin (acétate d'aluminium [solution de Burrow] ou soluté physiologique).
- Lubrifiez les lésions sèches au moyen de Glaxal Base, de crème Nivea ou de gelée de pétrole (Vaseline) deux fois par jour, après le bain et au besoin.

Éducation du client

- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, application).
- Conseillez au client :
  - d'observer les règles d'hygiène appropriées pour éviter les infections bactériennes secondaires.
  - de porter des vêtements de coton amples.
  - d'éviter les tissus rugueux et la laine.
  - d'éviter de surchauffer.
  - d'éviter les produits irritants au travail et à la maison.
  - d'utiliser un substitut du savon (p. ex. Aveeno) plutôt que du savon.
  - d'insérer des gants de coton dans les gants de caoutchouc pour manipuler des liquides.
  - d'appliquer des lubrifiants gras sur sa peau dans les minutes qui suivent le bain ou la douche pour « emprisonner » l'humidité.

Interventions pharmacologiques

Pour atténuer l'inflammation en cas de démangeaisons modérées ou sévères :

hydrocortisone 0,5 % en crème ou en onguent (Unicort) (**médicament de classe A**), tid pendant 1-2 semaines

Utilisez des gels et des crèmes pour les éruptions aiguës suintantes et des pommades pour les lésions sèches ou lichénifiées. Appliquez des lotions sur les régions velues.

Pour soulager les démangeaisons, administrez des antihistaminiques par voie orale :

hydroxyzine (Atarax) (**médicament de classe A**), 10-25 mg PO au coucher et bid au besoin

Commencez par une dose de 10 mg chez les clients de petite taille, les personnes âgées ou celles qui prennent des anxiolytiques. L'effet sédatif de l'hydroxyzine contribue à rompre le cycle grattage-démangeaisons.

Surveillance et suivi

Assurez un suivi après 1-2 semaines pour évaluer la réponse au traitement. Demandez au client de revenir avant s'il constate l'apparition de signes d'infection.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Fixez un rendez-vous (non urgent) avec un médecin si le traitement ne donne aucun résultat.

PÉDICULOSE (INFESTATION DE POUX)

DÉFINITION

Infestation de poux.

CAUSES

On en distingue trois types : les poux de tête, les poux de corps et les poux du pubis.

Facteurs de risque

- Promiscuité (p. ex. lits partagés), surpopulation dans les écoles
- Milieu regroupant un grand nombre d'enfants
- Non-reconnaissance de l'infestation
- Application erronée des traitements
- Omission de traiter simultanément les membres de la famille et de l'entourage
- Omission d'éliminer les poux logés dans la literie et les vêtements lors du traitement
- Absence d'eau courante, facteur qui peut prédisposer à un manque d'hygiène et à un risque d'infection cutanée secondaire

SYMPTOMATOLOGIE

- *Poux de tête* : se trouvent sur le cuir chevelu
- *Poux de corps* : se trouvent sur le corps
- *Poux du pubis* : se trouvent dans la région pubienne et parfois dans les poils de l'abdomen, des cuisses, des aisselles, des cils et des sourcils
- Démangeaisons sévères dans la région touchée
- Excoriation de l'épiderme
- Risque d'infection bactérienne secondaire
- Présence possible de poux ou de lentes dans la literie, dans les coutures des vêtements

OBSERVATIONS

- Présence de petites lentes blanc gris adhérant à la racine des cheveux
- Les poux sont généralement visibles.
- Excoriation de l'épiderme

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Pellicules

COMPLICATIONS

- Infestations à répétition
- Infection cutanée

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

– Enrayer l'infestation
– Prévenir toute nouvelle infestation
– Prévenir la propagation aux membres de la famille et de l'entourage

Interventions non pharmacologiques

– Retirez les lentes et les poux morts à l'aide d'une pince et d'un peigne à lentes.
– Protégez les yeux et les muqueuses afin de ne pas les irriter.
– Retirez les lentes logées dans les sourcils à l'aide de gelée de pétrole (enrobe les lentes, qui meurent par suffocation).
– Expliquez au client la manière de procéder, soit placer une petite quantité de gelée de pétrole sur le bout des doigts, fermer les yeux et appliquer la gelée de pétrole sur les paupières et les sourcils. Répétez le traitement deux ou trois fois par jour pendant 4 ou 5 jours.
– Examinez tous les membres de la famille et de l'entourage, y compris les camarades de classe et de la garderie, et traitez-les au besoin.
– Traitez également toute personne qui partage le lit de la personne atteinte de la pédiculose de la tête.

Éducation du client

– Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments et informez-le de leurs effets secondaires.
– Recommandez-lui :
  - de laver à l'eau tiède savonneuse les peignes, les brosses, les chapeaux, les manteaux, la literie et les vêtements de tous les membres de la famille.
  - d'éviter de partager les peignes, les brosses, les chapeaux, etc.
  - de sortir les matelas (qui peuvent contenir des poux) à l'extérieur, de les asperger de Raid, puis de les laisser à l'extérieur toute la journée.

Interventions pharmacologiques

Shampoing antiparasitaire dans les cas de pédiculose de la tête (appliquer sur le cuir chevelu et bien masser pendant 10 minutes, puis rincer) :

rince-crème à la perméthrine (Nix) (**médicament de classe A**)

ou

shampoing à la pyréthrine (shampoing R&C) (**médicament de classe A**)

Surveillance et suivi

Suivi après 7 jours. Le traitement peut être répété 7-10 jours après la première application.

Orientation vers d'autres ressources médicales

N'est généralement pas nécessaire.

GALE

DÉFINITION

Infestation de la peau par un acarien.

CAUSE

Sarcoptes scabiei.

Facteurs de risque

– Non-reconnaissance de l'infestation
– Application erronée des traitements
– Omission de traiter les membres de l'entourage
– Omission d'éliminer les acariens logés dans les vêtements et la literie

Les Autochtones sont particulièrement à risque en raison d'un certain nombre d'autres facteurs :
– Logements, écoles et garderies surpeuplés, lits partagés
– Forte proportion d'enfants
– Difficulté d'accès aux soins infirmiers ou médicaux
– Absence d'eau courante, facteur qui peut prédisposer à un manque d'hygiène et à un risque d'infection cutanée secondaire

SYMPTOMATOLOGIE

– Démangeaisons sévères
– Prurit généralement plus intense la nuit
– Éruptions sur les mains, les pieds, les plis de flexion
– Transmission lors de rapports intimes ou sexuels avec la personne infectée
– Transmission par les vêtements
– Les symptômes peuvent ne se manifester que 2-3 semaines après l'exposition au parasite.
– Les symptômes sont dus à une hypersensibilité au parasite et à ses sécrétions.

OBSERVATIONS

- Atteint généralement les surfaces cutanées interdigitales, les plis des poignets et des bras, les aisselles, la ceinture, la partie inférieure des fesses, les organes génitaux, les aréoles mamelonnaires
- Éruption rouge diffuse
- Lésions primaires : papules, vésicules, pustules, sillons
- Lésions secondaires : croûtelles, excoriations, croûtes, nodules, infection secondaire
- Présence simultanée de lésions à différents stades d'évolution
- Prédominance possible de lésions secondaires
- Sillons (crêtes grises ou couleur chair d'une longueur de 5-15 mm) en petit ou en grand nombre
- Les sillons apparaissent généralement sur la partie antérieure du poignet ou de la main et entre les doigts.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Pédiculose
- Impétigo
- Eczéma
- Dermite de contact et dermatite d'irritation

COMPLICATIONS

- Infection bactérienne secondaire

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Enrayer l'infestation
- Enrayer l'infection secondaire
- Atténuer les symptômes

Consultation

Consultez un médecin si vous ne pouvez affirmer le diagnostic avec certitude.

Interventions non pharmacologiques

Éducation du client

Conseillez le client quant à l'utilisation appropriée des médicaments et informez-le des effets secondaires.

Prophylaxie

- Une intervention prophylactique doit être assurée auprès de tous les membres de la maisonnée, étant donné que les signes de la gale peuvent ne se manifester que 1-2 mois après l'infection.
- Traitez en même temps tous les membres de la maisonnée pour prévenir la réinfestation.
- Il faut laver à l'eau chaude savonneuse et sécher au cycle chaud la literie (draps, taies d'oreillers) et les vêtements qui ont été en contact avec la peau (sous-vêtements, T-shirts, chaussettes, jeans), si les installations requises sont disponibles.
- S'il est impossible d'utiliser de l'eau chaude, il faut placer tous les vêtements et la literie dans des sacs de plastique et les remiser ailleurs durant 5-7 jours, le parasite ne pouvant survivre plus de 4 jours sans contact avec la peau.
- On peut également sortir la literie à l'extérieur au froid ou l'exposer aux rayons ultraviolets.
- Les enfants peuvent retourner à l'école ou à la garderie la journée suivant la fin du traitement.
- Les travailleurs de la santé qui ont été en contact direct avec des clients ayant la gale peuvent, eux aussi, devoir suivre un traitement prophylactique.
- L'éducation communautaire, axée sur la détection précoce de la gale et la sensibilisation à cette affection, est importante.
- Dans les cas d'épidémie de gale, le traitement prophylactique de toute la population peut être la meilleure solution.

Interventions pharmacologiques

Il faut appliquer une crème ou une lotion scabicide sur tout le corps, du menton aux orteils (soulignez que le scabicide doit être appliqué dans les plis de la peau, entre les doigts et les orteils, entre les fesses, sous les seins et sur les organes génitaux externes) :

crème dermique à la perméthrine 5 % (Nix) (**médicament de classe A**), (médicament de choix)

Il faut garder la crème sur la peau durant 8-14 heures. En général, une seule application suffit, mais le médicament peut être appliqué de nouveau après 1 semaine si les symptômes persistent.

L'innocuité de la perméthrine pour les femmes enceintes ou les femmes qui allaitent n'a pas été établie.

Le lindane, en crème ou en lotion, peut être utilisé si l'on ne peut obtenir de perméthrine 5 % :

lotion lindane (Kwellada) (**médicament de classe A**)

Il faut garder la lotion toute la nuit, la rincer après 12 heures et répéter l'application 24 heures plus tard. Il faut porter des vêtements propres.

Il faut administrer avec prudence du lindane aux femmes enceintes et à celles qui allaitent. Les antiparasitaires topiques peuvent causer une dermatite s'ils sont mal utilisés (c.-à.-d. utilisés à l'excès).

Le prurit peut être incommodant, en particulier la nuit. Informez le client que les démangeaisons peuvent persister pendant 2 semaines. Pour les soulager, administrez le médicament suivant :

hydroxyzine (Atarax) (**médicament de classe A**), 10-25 mg PO bid et au coucher, au besoin

Surveillance et suivi

- Assurez un suivi après 1 semaine pour évaluer la réponse au traitement.
- Demandez au client de revenir sans délai à la clinique si des signes d'infection secondaire apparaissent.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Elle est rarement nécessaire si le diagnostic initial est exact et si le client et les membres de son entourage suivent un traitement d'éradication efficace.

DERMATOPHYTOSE (TEIGNE)

DÉFINITION

Infection superficielle de la peau.

- *Sur les pieds :* tinea pedis (pied d'athlète)
- *À l'aine :* tinea cruris (eczéma marginé de Hebra)
- *Sur la surface du corps :* tinea corporis

CAUSES

Champignons qui colonisent les tissus morts de la peau, comme la couche cornée, les ongles et les cheveux (dermatophytes)

SYMPTOMATOLOGIE ET OBSERVATIONS

Les symptômes et les signes physiques des diverses formes de teigne sont présentés dans le tableau 2.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Cor mou
- Verrue
- Dermatite séborrhéique
- Candidose du pied ou de l'aine
- Irritation ou frottement localisé de l'aine
- Dermatite allergique ou de contact
- Psoriasis

COMPLICATIONS

Infection bactérienne secondaire (en particulier dans le cas du pied d'athlète).

TESTS DIAGNOSTIQUES

Procédez à un grattage cutané pour analyse mycologique (culture fongique).

Tableau 2 : Symptômes et signes physiques de divers types de teigne

Type	Symptômes	Signes physiques
Tinea pedis	Localisé sur les pieds	Desquamation dans les régions interdigitales latérales
	Démangeaisons sévères	Peau possiblement humide, blanche, macérée, fissurée
	Desquamation et rougeur, principalement entre les orteils	Tendance à peler et région sous-cutanée rouge, à vif et sensible
	Odeur fétide possible	Présence possible d'une ou de plusieurs petites vésicules
	La région lésée peut être humide, blanche, macérée, fissurée.	Squames abondantes sur la plante des pieds lorsque celle-ci est atteinte
	Tendance à peler et région sous-cutanée rouge et sensible	Infection secondaire (cellulite) des fissures possible
	Présence possible d'une ou de plusieurs petites vésicules	
	Collier de squames à l'éclatement des vésicules	
	Squames abondantes sur la plante des pieds lorsque celle-ci est atteinte (très peu de prurit)	
Tinea cruris	Localisé sur les aines	S'étend du pli crural à la face supéro-interne de la cuisse
	Répandu chez les hommes	Lésions squameuses de couleur brun rouge
	Démangeaisons modérées ou sévères	Contour très net
	Apparaît sous forme d'érythème dans le pli crural	Lésions ne s'éclaircissant pas
	S'étend vers l'extérieur	Peut s'étendre à l'aine, aux cuisses et aux fesses
	Peut s'étendre aux cuisses ou aux fesses	Bilatéral ou unilatéral
	Le scrotum et le pénis ne sont généralement pas touchés.	Le scrotum et le pénis ne sont généralement pas touchés.
	Transmission souvent due à une serviette de toilette contaminée	
	Souvent associé au pied d'athlète	
	Facteurs prédisposants : transpiration abondante, diabète, frottement	
Tinea corporis	Localisé sur les parties non pileuses du corps	Lésions de dimensions variables
	Lésions cutanées squameuses, rondes ou ovales	Tache généralement bien circonscrite, de forme ronde ou ovale
	Entraîne souvent des démangeaisons	Lésions squameuses de couleur rose rougeâtre
	Peut être asymptomatique	Lésions s'éclaircissant au centre
		Pourtour d'un rouge plus soutenu
		Bords squameux, vésiculeux ou pustuleux

TRAITEMENT

Objectifs

– Soulager les symptômes
– Enrayer l'infection

Consultation

Consultez un médecin si le client ne répond pas à un traitement antifongique approprié.

Interventions non pharmacologiques

Il faut appliquer des compresses (solution de Burrow) bid ou tid pour assécher la région atteinte et soulager les démangeaisons (dans les cas de tinea pedis et de tinea cruris seulement).

Éducation du client

Expliquez au client les mesures à prendre :
– supprimer l'humidité et la chaleur
– changer de types de chaussettes et de chaussures
– éviter les vêtements serrés et les sous-vêtements en nylon; ne pas garder sur soi longtemps un maillot de bain ou des vêtements de travail mouillés
– prendre correctement ses médicaments (dose, fréquence, adhésion au traitement)
– avoir de bonnes habitudes d'hygiène (changer de chaussettes souvent et éviter de porter des chaussures en caoutchouc)

Interventions pharmacologiques

Dans le cas du tinea pedis et du tinea cruris, il faut appliquer un antifongique topique pendant au moins 2 semaines et continuer à le faire pendant 1 semaine après la guérison des lésions :

miconazole (Monistat) en crème dermatologique (**médicament de classe A**), bid ou tid

ou

clotrimazole (Canesten) en crème dermatologique (**médicament de classe A**), bid ou tid

ou

tolnaftate (Tinactin) en crème ou en poudre (**médicament de classe A**), bid ou tid

Le tolnaftate en poudre a en outre un effet asséchant.

Dans le cas du tinea corporis, appliquez l'un de ces antifongiques topiques pendant 2-4 semaines.

Surveillance et suivi

Assurez un suivi après deux semaines pour vous assurer de la résolution de l'infection.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Il faut adresser le client à un médecin dans les cas d'infections fongiques récidivantes, si le client est immunodéprimé ou diabétique, si le traitement ne donne aucun résultat ou si les ongles sont atteints.

DERMITE DE STASE

DÉFINITION

Inflammation cutanée due à l'accumulation de sang veineux dans les membres inférieurs.

CAUSES

- Mauvaise circulation veineuse
- Facteurs prédisposants : varices, antécédents de thrombose veineuse profonde

SYMPTOMATOLOGIE

- Démangeaisons
- Prurit aggravé par l'emploi de savons, l'assèchement, les bains
- Chevilles enflées
- Au début, la surélévation des jambes atténue l'œdème.
- Par la suite, l'œdème peut être constant.

OBSERVATIONS

- Apparition sur la partie médiale de la cheville, peut s'étendre au tiers inférieur de la jambe
- Œdème localisé
- Présence de petites pétéchies
- Excoriations, rougeur, squames
- Évolution vers une pigmentation brun ocre, diffuse
- Peut s'étendre à toute la circonférence de la partie inférieure de la jambe

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Dermite de contact
- Cellulite

COMPLICATIONS

- Rupture de l'épiderme, ulcère
- Infection
- Thrombose veineuse profonde

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Enrayer l'œdème
- Prévenir la formation d'ulcères
- Prévenir l'infection

Consultation

Consultez un médecin si l'état du client s'aggrave en dépit des traitements ou en cas d'ulcération.

Interventions non pharmacologiques

- Encouragez le client à garder les jambes surélevées dans la mesure du possible.
- Recommandez les mesures suivantes :
  - si le client n'est pas alité, comprimer les jambes à l'aide de bas élastiques ou de bandages de contention.
  - faire tremper la région atteinte dans du soluté physiologique frais ou appliquer des pansements imbibés de soluté physiologique pendant la phase aiguë
  - lubrifier la région atteinte deux fois par jour avec une crème émolliente
  - éviter les irritants (savon, eau chaude, vêtements rugueux, frottements)

Interventions pharmacologiques

Aucune

Surveillance et suivi

- Revoyez le client après 1 semaine pour déterminer s'il répond bien aux traitements conservateurs.
- Surveillez les signes d'ulcération, d'infection.
- Expliquez au client les signes d'infection et demandez-lui de se présenter à la clinique sans délai s'il en observe.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Fixez un rendez-vous (non urgent) avec le médecin au besoin.

URTICAIRE

DÉFINITION

Œdème et érythème cutané localisés.

CAUSES

- Généralement inconnues
- Affection chronique idiopathique
- Hypersensibilité à certains aliments, médicaments, allergènes inhalés, piqûres d'insectes
- Perturbations émotionnelles
- Agents physiques (p. ex. chaleur, froid, soleil)
- Maladie générale (p. ex. lupus érythémateux aigu disséminé)
- Infection (p. ex. hépatite, mononucléose ou autre maladie virale)

SYMPTOMATOLOGIE

- Exposition récente à l'une de ces causes possibles
- Présence de taches blanches ou roses purigineuses
- Le client peut se sentir incommodé.

OBSERVATIONS

- Peut apparaître sur n'importe quelle partie du corps
- Peut être localisé ou généralisé
- Lésions multiples, de forme et de taille irrégulières
- Taches blanches ou rose pâle surélevées, généralement entourées d'une auréole rouge
- Extension périphérique et coalescence possibles
- Les placards peuvent s'accentuer et s'atténuer successivement.
- Chacune des papules persiste rarement durant > 12-24 heures.
- Égratignures possibles

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Vasculite
- Piqûres d'insectes
- Érythème polymorphe
- Lupus érythémateux disséminé

COMPLICATIONS

- Récidives
- Démangeaisons sévères
- Réaction allergique générale accompagnée de bronchospasmes
- Anaphylaxie

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager les symptômes
- Identifier le facteur déclenchant
- Prévenir les récidives

Consultation

Il faut consulter un médecin dans les cas suivants :

- Les symptomes sont sévères.
- Des complications surviennent.
- La cliente est enceinte ou allaite.

En cas de difficulté respiratoire, de respiration sifflante ou d'œdème de la langue ou de la bouche, *voir la section « Anaphylaxie » dans le chapitre 14 « Urgences générales et traumatismes majeurs »*.

Interventions non pharmacologiques

- Appliquer des compresses froides pour soulager les démangeaisons
- Éviter de surchauffer
- Éviter temporairement les aliments épicés

Éducation du client

- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, effets secondaires).
- Il faut bien nettoyer la peau pour prévenir les risques d'infection.
- Il faut éviter de se gratter et garder les ongles courts et propres.
- Aidez le client à identifier le facteur déclenchant (notamment les changements récents dans son régime alimentaire ou les marques des aliments consommés, étant donné que les entreprises alimentaires n'emploient pas les mêmes additifs dans leurs produits).

Interventions pharmacologiques

Application d'un antiprurigineux topique :

lotion calamine qid au besoin

Antihistaminique oral pour soulager les démangeaisons et éviter la formation de nouvelles lésions :

diphénhydramine (Benadryl) (**médicament de classe A**), 25-50 mg PO toutes les 6-8 h pendant 2-7 jours

ou

hydroxyzine (Atarax) (**médicament de classe A**), 25-50 mg PO toutes les 6-8 h pendant 2-7 jours

Surveillance et suivi

– Suivi après 2-7 jours
– Demandez au client de revenir si les lésions s'aggravent malgré le traitement.
– Demandez au client de revenir à la clinique sans délai en cas de difficulté respiratoire, de respiration sifflante ou d'œdème de la langue ou de la bouche; *voir la section « Anaphylaxie » dans le chapitre 14 « Urgences générales et traumatismes majeurs »*.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Il faut adresser le client à un médecin pour une évaluation dans les cas de récidive (pour écarter une allergie ou une maladie organique).

VERRUES

DÉFINITION

Tumeurs hyperkératosiques bénignes, courantes, et contagieuses.

CAUSES

Papillomavirus

SYMPTOMATOLOGIE

– Plus fréquentes chez les enfants
– Peuvent persister pendant plusieurs années et disparaître spontanément
– Lésions uniques ou multiples

OBSERVATIONS

– Apparaissent généralement sur les mains, les doigts, les pieds et le visage
– Taille variable
– Isolées ou en groupes
– Excroissances à surface rugueuse et épaisse
– De couleur blanche, grise, jaune ou brune
– Présentent parfois des points noirs (capillaires thrombosés)
– Contour rond ou irrégulier, bien circonscrit
– Les lésions sont parfois plates (verrue plane)
– Consistance ferme et rugueuse
– Saignements des capillaires internes lorsqu'on débride la verrue

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

– Cors
– Molloscum contagiosum

COMPLICATIONS

– Aspect inesthétique
– Croissance ou propagation

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

– Détruire la lésion
– Prévenir la propagation

Consultation

Ne traitez pas les verrues faciales, ni les verrues chez les femmes enceintes. Dans ces deux cas, fixez un rendez-vous avec un médecin.

Interventions non pharmacologiques

– Offrez beaucoup de soutien au client et encouragez-le à persévérer, car le traitement est long et fastidieux.
– *Avant chaque application du médicament :* tremper la région touchée dans l'eau tiède pour ramollir la verrue, frotter la verrue à la pierre ponce pour retirer les tissus morts, ou enlever la peau morte avec un scalpel.

Éducation du client

– Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, application, protection de la région périphérique).
– Suggérez-lui des moyens d'éviter de propager l'infection à d'autres parties du corps ou de la transmettre à d'autres personnes.

Interventions pharmacologiques

Application d'un médicament topique sur les verrues :

acide salicylique et acide lactique (Duo Film) (**médicament de classe A**), chaque jour pendant une période allant jusqu'à 3 mois

Protégez la région périphérique saine en l'enduisant de gelée de pétrole.

Surveillance et suivi

Revoyez le client toutes les 2 semaines pour évaluer la réponse et l'adhésion au traitement.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Fixez un rendez-vous (non urgent) avec un médecin si le traitement ne donne aucun résultat après 12 semaines.

URGENCES DERMATOLOGIQUES

LÉSIONS CUTANÉES

DÉFINITION

Rupture de la peau (épiderme).

CAUSES

– *Traumatisme contondant :* les blessures par perforation ou écrasement présentent plus d'œdème et de tissus dévitalisés ainsi qu'un risque d'infection plus élevé.
– *Plaie perforante :* bords nets, blessure cellulaire mineure et faible risque d'infection
– *Morsure :* animale ou humaine

SYMPTOMATOLOGIE

– Mécanisme de blessure
– Contaminants : le risque d'infection augmente si la plaie a été en contact avec du fumier, un objet rouillé, de la saleté, etc.
– Les blessures subies dans une ferme ou une étable doivent être considérées comme contaminées (*Clostridium tetani* est une bactérie naturellement présente dans le fumier).
– Âge de la blessure (après 3 heures, la numération bactérienne dans une plaie augmente considérablement).
– Quantité de sang perdu
– Perte de sensibilité dans les tendons, les ligaments, les nerfs avoisinants
– Maladies, troubles, traitements médicaux : le diabète sucré, la chimiothérapie, les stéroïdes, une maladie vasculaire périphérique et la malnutrition peuvent retarder la cicatrisation et accroître le risque d'infection.
– Allergies (aux médicaments, aux pansements, à l'anesthésique local)
– Médicaments que prend le client (en particulier les stéroïdes, les anticoagulants)
– Statut d'immunisation contre le tétanos

OBSERVATIONS

– Température
– Fréquence cardiaque, tension artérielle (s'il y a eu perte importante de sang)
– Dimension et profondeur de la plaie

Vérifiez si la plaie est infectée :
– Rougeur
– Chaleur
– Sensibilité
– Écoulement
– Fièvre
– Adénopathie localisée

Évaluez si les structures sous-jacentes (nerfs, ligaments, tendons, vaisseaux sanguins) sont intactes :

– *Lésion vasculaire :* Vérifiez le remplissage capillaire en aval de la blessure.
– *Lésion neurologique :* Vérifiez la force musculaire, la mobilité et la sensibilité en aval de la plaie. Vérifiez toujours la sensibilité avant d'administrer l'anesthésique. En cas de lacération de la main ou du doigt, vérifiez la discrimination spatiale, qui devrait être < 1 cm au bout des doigts.
– *Tendons :* Effectuez une inspection, mais il faut vérifier si l'amplitude de mouvement et la force de chacun des muscles sont complètes. Évaluez l'amplitude de mouvement de toutes les parties du corps entourant le siège de la plaie.
– *Os :* Vérifiez s'il y a une fracture ouverte ou des fractures associées.
– *Corps étrangers :* Inspectez la région lésée.

COMPLICATIONS

- Infection
- Mauvaise cicatrisation
- Lacération d'un nerf
- Syndrome de loge : une perte de sensibilité peut en être le premier signe; douleurs intenses, disproportionnées à la blessure.
- Dans les cas de lésion par écrasement, la discrimination spatiale peut être réduite et la guérison peut prendre plusieurs mois.
- Lésion des structures vasculaires principales (p. ex. artères)
- Lésion des tendons

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Aucun, en général
- Si vous soupçonnez fortement la présence d'un corps étranger, une radiographie ou une échographie pourrait s'imposer.

TRAITEMENT

Objectifs

- Rétablir la fonction
- Réduire au minimum le risque d'infection
- Réparer les tissus endommagés en évitant le plus possible les conséquences inesthétiques

Déterminez si les mesures suivantes s'imposent :

- Points de suture
- Prophylaxie antitétanique
- Prophylaxie antirabique post-exposition (en cas de morsures animales) (voir le *Guide canadien d'immunisation*, 5[e] éd. [1998] pour plus de renseignements)
- Antibiothérapie

Consultation

Il faut consulter un médecin dans les cas suivants :

- La plaie est étendue, profonde ou infectée.
- Un muscle, un tendon, un nerf ou un vaisseau est ou pourrait être lésé.
- Déficit tissulaire important
- Blessure remontant à plus de 12 heures

Réparation des plaies : Principes généraux

- La plupart des plaies peuvent être fermées au moyen de points de suture jusqu'à 12 heures après la blessure; nettoyez la plaie à fond et déterminez les plaies à fermer en priorité en vous servant de votre jugement clinique.
- *Ne* suturez *pas* les plaies qui sont infectées ou enflammées, les plaies sales, les morsures humaines ou animales, les plaies perforantes, les plaies négligées ou les blessures graves par écrasement.
- Les plaies au visage qui remontent à 24 heures ou moins peuvent être fermées après avoir été nettoyées à fond. L'irrigation sanguine dans cette région est meilleure et, partant, le risque d'infection beaucoup plus faible.
- Ne clampez pas les structures vasculaires avant d'avoir écarté la nécessité de réparer un vaisseau important.

Interventions non pharmacologiques

Homéostase

L'exercice d'une pression directe est la technique privilégiée pour enrayer un saignement. En cas de fracture, l'immobilisation du membre touché aidera à arrêter le saignement.

Préparation de la peau

- *Débridement :* Au moyen d'une technique aseptique, retirez les tissus dévitalisés; prenez garde de ne pas retirer des tissus sains. L'irrigation de la plaie avec un soluté physiologique projeté à haute pression au moyen d'une seringue de 60 ml et d'une aiguille de calibre 19 est la méthode la plus efficace pour nettoyer une plaie.

Le lavage manuel ne nettoie pas la plaie aussi bien, et l'utilisation d'un antiseptique directement sur la plaie détruit des cellules saines qui sont nécessaires à la guérison.

- *Désinfection de la peau :* Peut être effectuée au moyen d'une solution de providone-iode. Prenez garde de ne pas répandre de solution dans la plaie, ce qui empêcherait la cicatrisation. Les cheveux peuvent être coupés dans la région touchée, au besoin. Il n'est pas recommandé de raser les cheveux.

Ne rasez jamais les sourcils. Ils sont nécessaires pour l'alignement (respect de la symétrie) et ils pourraient ne pas repousser.

Soins d'une plaie ouverte

- Pour maintenir une plaie ouverte, introduisez dans la plaie des pansements épais imbibés de soluté physiologique, quotidiennement, ce qui permet d'humidifier les tissus et aide à débrider la plaie.
- Évitez les pansements imbibés d'iode car ils endommagent les tissus sains et ralentissent le bourgeonnement.
- Lorsque des bourgeons charnus propres se forment, vous pouvez envisager la fermeture secondaire et utiliser, cette fois, un pansement sec, stérile.

Fermeture de la plaie

- *Steri-Strips :* Si la plaie est de petite dimension, superficielle, et qu'elle suit naturellement les lignes de contraction musculaire, il suffira peut-être de la renforcer avec un pansement adhésif (Steri-Strip). Pansez la plaie avec une compresse de gaze stérile sèche. Indiquez au client que la plaie doit rester propre et sèche pendant 48 heures.
- *Suture :* Les plaies plus profondes doivent être suturées (tableau 3). Refermez, au besoin, par une suture en plusieurs plans à points séparés.

Types d'aiguilles à suture

- Il faut privilégier les aiguilles tranchantes à pointe de précision pour petits points et petites sutures (n° 5-0 ou n° 6-0) lorsqu'il importe d'éviter les conséquences inesthétiques (p. ex. sur le visage).
- Les aiguilles tranchantes classiques n° 4-0 ou n° 3-0 pour points de suture en nylon sont utilisées pour les sutures courantes.

Anesthésique local pour les sutures

La lidocaïne (1% à 2 %) est l'anesthésique local le plus utilisé (délai d'action de 2-5 minutes, durée d'action de 60 minutes) :

lidocaïne (Xylocaine) 1 % avec ou sans épinéphrine (maximum 30 ml)

lidocaïne (Xylocaine) 2 % avec ou sans épinéphrine (maximum 10 ml)

Le personnel infirmier devrait utiliser de la lidocaïne 1 % sans épinéphrine comme premier choix pour suturer une plaie.

Pour les adultes, la dose maximale de lidocaïne 1 % (sans épinéphrine) est de 4,5 mg/kg (maximum 30 ml).

N'utilisez jamais de lidocaïne avec épinéphrine pour anesthésier les oreilles, le nez, les doigts, les orteils ou le pénis.

- Utilisez une aiguille de calibre 27 ou 30.
- Injectez l'anesthésique lentement par le point culminant de la plaie ouverte, en évitant de toucher la peau intacte.
- Tirez systématiquement sur le piston pour veiller à ce que l'aiguille ne soit pas insérée dans un vaisseau sanguin.
- Faites les injections subséquentes dans la zone déjà anesthésiée.
- Vous pouvez pré-anesthésier la plaie en l'aspergeant de quelques gouttes de lidocaïne avant de procéder à l'injection.
- Le délai d'action de l'anesthésique est d'au moins 15-20 minutes.
- Dans le cas d'une suture importante, il faudra peut-être anesthésier et suturer une partie à la fois pour maintenir l'effet de l'anesthésique jusqu'à la fin de l'intervention.
- *Effets toxiques de la lidocaïne :* en cas d'injection intravasculaire accidentelle, les symptômes suivants peuvent survenir : étourdissements, acouphènes, nystagmus, crises convulsives, coma, dépression respiratoire, arythmie (tous les symptômes se résorbent généralement d'eux-mêmes).

Tableau 3 : Matériel de suture pour des sites particuliers

	Type de suture	Taille	Site
Irrésorbable	Nylon-Dermalon, Ethilon	N°s 3-0, 4-0	Cuir chevelu
		N°s 5-0, 6-0	Front
		N°s 3-0, 4-0, 5-0	Dos
		N°s 3-0, 4-0, 5-0	Torse
		N°s 3,0, 4-0, 5-0	Membres
	Nylon enduit de polypropylèneglycol (Prolène)	N°s 5-0, 6-0	Visage
Résorbable	Polygalactine (Vicryl, Dexon)	N°s 4-0, 5-0	Tissus sous-cutanés
	Monofilament (Monocryl)		Muscles

Interventions pharmacologiques

Antibiothérapie prophylactique

Il n'existe pas d'indications médicales prévoyant le recours à une antibiothérapie prophylactique dans le cas de lésions cutanées non contaminées courantes. Cependant, il faut y recourir dans le cas des clients sujets aux endocardites, des clients qui ont une prothèse de la hanche ou atteints de lymphœdème, des clients diabétiques qui ont une plaie contaminée au pied, ou d'autres clients ayant une maladie vasculaire périphérique :

cloxacilline (Orbenin) (**médicament de classe A**), 250-500 mg PO qid pendant 7 jours

En cas d'allergie à la pénicilline :

érythromycine (E-Mycin) (**médicament de classe A**), 250 mg PO qid ou 500 mg bid pendant 7 jours

Antibiotiques topiques

Utilisez une pommade antibiotique topique pour les plaies au visage et sur le torse :

pommade à la bacitracine (Baciguent) (**médicament de classe A**) qid pendant 5 jours

Il est déconseillé de laisser la pommade antibiotique sur les plaies des extrémités distales durant plus de 24-48 heures, pour éviter tout risque de macération et pour ne pas retarder la cicatrisation.

Antibiotiques en cas de morsures

Morsures humaines

Une antibiothérapie prophylactique est recommandée pour toutes les morsures humaines :

amoxicilline/clavulanate (Clavulin) (**médicament de classe B**), 20-40 mg/kg par jour, dose fractionnée tid, PO pendant 7 jours

Cefixime (Suprax) est un autre médicament acceptable.

Administrez un antibiotique IV en présence d'une infection, en particulier pour une morsure à la main.

Morsure de chat

Des anticorps sont systématiquement donnés en cas de morsure de chat. Le médicament de choix :

amoxicilline/clavulanate (Clavulin) (**médicament de classe B**), 20-40 mg/kg par jour, dose fractionnée tid, PO pendant 7 jours

Vibramycine (Doxycycline) est un autre médicament acceptable.

Morsures de chien

Comme seulement 5 % des morsures de chien s'infectent, il n'est pas recommandé de prendre systématiquement des mesures prophylactiques. Si un traitement s'impose, il faut utiliser de préférence l'amoxicilline/clavulanate (comme dans le cas des autres types de morsures).

Prophylaxie antitétanique

Voir les recommandations concernant la prophylaxie antitétanique dans le *Guide canadien d'immunisation*, 5e éd. (Santé Canada, 1998; page 170).

Surveillance et suivi

- Le risque d'infection étant le plus élevé au cours des 48 premières heures, il faut revérifier la plaie tous les jours afin de déceler tout signe d'infection.
- Il faut ensuite effectuer un suivi lorsque vient le moment d'enlever les points de suture.
- Demandez au client de revenir se faire réexaminer en cas de rougeur, d'œdème, d'écoulement de pus, de douleur ou de fièvre.

Lignes directrices générales concernant l'enlèvement des points de suture

- La plaie semble propre et cicatrisée.
- La plaie semble sèche; aucun écoulement n'est visible.
- Dans le cas des plaies importantes, il convient d'enlever les points de suture en alternance pour veiller à ce que les lèvres de la plaie soient symétriques.
- Les points de suture devraient être enlevés conformément aux indications du tableau 4.

Retardez davantage l'enlèvement des points de suture chez les diabétiques ou les clients corticodépendants, chez lesquels le processus de cicatrisation peut s'échelonner sur plusieurs semaines.

Tableau 4 : Délai pour l'enlèvement des points de suture

Siège de la plaie	Délai
Visage	3-5 jours (renforcer au moyen de Steri-Strip après l'enlèvement des points de suture)
Cuir chevelu	7-10 jours
Tronc	7-10 jours
Bras	7-10 jours
Jambes	10-14 jours
Articulations (face dorsale)	14-21 jours

Orientation vers d'autres ressources médicales

– Il faut adresser le client à un chirurgien si l'on soupçonne une blessure aux structures majeures.
– Dans le cas des fractures ouvertes, un chirurgien doit procéder à l'excision des débris de la plaie et à la réparation des tissus (sauf dans le cas des fractures de la phalange distale, où une irrigation abondante et l'administration d'antibiotiques par voie orale constituent un traitement acceptable pourvu que l'on puisse effectuer un suivi étroit pour déceler tout risque d'infection).

BRÛLURES

DÉFINITION

Lésions tissulaires dues à un contact thermique.

Types de brûlures

Brûlures au premier degré

Ne touchent que l'épiderme; douloureuses et érythémateuses.

Brûlures au deuxième degré

– *Superficielles :* Touchent l'épiderme et la moitié supérieure du derme; les poils ne sont pas touchés.
– *Profondes :* Touchent l'épiderme, destruction de la couche réticulaire du derme; peuvent se transformer facilement en brûlures profondes en présence d'une infection secondaire, d'un traumatisme mécanique ou d'une thrombose en évolution.

Brûlures au troisième degré

La surface est sèche, de couleur blanc nacré, calcinée, et a l'aspect du cuir. Cicatrisation par migration épithéliale à partir de la région périphérique et par contracture. Ces brûlures peuvent toucher les tissus adipeux, le fascia, les muscles ou les os.

CAUSES

Brûlures thermiques

– Flammes; elles causent généralement des brûlures profondes, surtout si les vêtements prennent feu.
– Le métal en fusion, le goudron ou les produits synthétiques fondus restent longtemps sur la peau.

Brûlures électriques

– Semblables aux lésions par écrasement : survenue de nécrose musculaire, de rhabdomyolyse, de myoglobinurie
– Elles nécessitent une attention particulière étant donné qu'elles sont souvent plus graves qu'elles ne le semblent; tenez systématiquement pour acquis qu'une brûlure électrique est grave.

Brûlures chimiques

– Les acides forts sont vite neutralisés ou absorbés.
– Les produits chimiques alcalins causent une nécrose de liquéfaction et peuvent atteindre toutes les couches cutanées, entraînant une nécrose qui peut s'échelonner sur plusieurs heures après l'exposition.

Brûlures par radiations

– Semblent hypermiées au début; peuvent ensuite ressembler à des brûlures au troisième degré.
– Les dommages peuvent atteindre les couches profondes.
– Les coups de soleil font partie de cette catégorie et ils causent une douleur superficielle modérée.

SYMPTOMATOLOGIE

Différez l'anamnèse jusqu'à ce que les voies respiratoires, la respiration et la circulation (l'ABC) aient été évaluées et stabilisées.

– Obtenez une description précise du mécanisme de la blessure.
– Informez-vous des soins fournis à la maison (p. ex. application de froid, d'un corps gras).
– Obtenez les antécédents médicaux (seulement si le temps le permet).
– Déterminez les médicaments utilisés (seulement si le temps le permet).
– Déterminez les allergies (seulement si le temps le permet).
– Déterminez le statut d'immunisation antitétanique.

OBSERVATIONS

– Évaluez l'ABC.
– La température peut être élevée si les plaies sont infectées.
– La fréquence cardiaque peut être élevée en raison de la douleur.
– La tension artérielle peut être faible si le client est en état de choc.
– Déterminez la profondeur (tableau 5) et l'étendue (tableau 6) des brûlures.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

– Brûlures profondes sur une petite surface entourées par une brûlure superficielle

COMPLICATIONS

– Accroissement de la profondeur de la brûlure
– État de choc
– Infection secondaire
– Insuffisance rénale

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

– Favoriser la cicatrisation et la réparation des tissus
– Prévenir les complications

Tableau 5 : Évaluer la profondeur de la brûlure

Caractéristiques	Superficielles (Premier degré)	Modérément graves (Deuxième degré)	Profondes (Troisième degré)
Ampoules	Aucune	Présentes	Aucune
Couleur	Rouge	Rouge	Blanche, calcinée
Hydratation	Sécheresse	Humidité	Sécheresse
Sensibilité	Présente	Présente	Absente
Douleur	Modérée	Intense	Absente

Interventions non pharmacologiques

Les premiers soins, le nettoyage et le refroidissement de la région brûlée constituent la première étape.

Brûlure thermique : Refroidissez la brûlure si elle est encore chaude au toucher. Il faut refroidir immédiatement les brûlures causées par un liquide et retirer sans délai les vêtements en contact avec la région touchée. Immergez les brûlures dans l'eau froide pour réduire la chaleur et empêcher que la brûlure s'étende. *Évitez d'immerger dans l'eau froide ou d'asperger d'eau froide si la brûlure touche > 10 % du corps.*

Tableau 6 : Évaluer l'étendue des brûlures (Règle des neuf)

Partie du corps	Pourcentage de la surface corporelle
Tête	9
Les deux bras	18
Partie antérieure du tronc	18
Partie postérieure du tronc	18
Les deux jambes	36
La paume des mains	1
Total	100

– *Brûlure chimique :* Irriguez. Il faut enlever la poudre visible sur la peau avant d'irriguer. Rincez à grande eau pendant au moins 15 (de préférence 30) minutes après avoir enlevé la poudre. Ce processus devrait être amorcé sur les lieux mêmes de l'accident si c'est possible. Les brûlures causées par des produits alcalins doivent être irriguées pendant 1-2 heures après l'accident. Communiquez avec le centre antipoison pour demander les consignes à suivre.
– *Brûlure de goudron :* Refroidissez la brûlure, nettoyez-la délicatement et appliquez une pommade antibactérienne à base de petrolatum (p. ex. Polysporin) ou tout autre produit à base de gelée de pétrole. N'essayez pas de gratter la peau pour enlever le goudron, ce qui pourrait aggraver les lésions. Évitez les solvants chimiques, qui peuvent causer d'autres brûlures. Après 24 heures, vous pouvez laver la région touchée pour enlever le goudron et traiter la lésion comme une brûlure thermique.
– *Brûlure électrique :* Soyez vigilant et surveillez le client étroitement. Surveillez les signes d'arythmie cardiaque. Il faut surveiller les fonctions cardiaques durant 24 heures en cas d'exposition importante au courant électrique. Posez un collet cervical. Vérifiez si des fractures ont été causées aux os longs par suite des contractions musculaires. Les brûlures électriques peuvent causer une thrombose vasculaire. Nettoyez et pansez la brûlure en procédant comme pour une brûlure thermique (voir ci-après).

TRAITEMENT DES BRÛLURES MINEURES

Interventions non pharmacologiques

Brûlures superficielles

- Nettoyez la région touchée avec du soluté physiologique ou de l'eau stérile.
- *Pansements :* Appliquez une compresse de gaze propre et sèche sur la région brûlée en prenant soin de ne pas exercer de pression.

Brûlures au deuxième degré (superficielles et profondes)

- Retirez les vêtements et les débris en contact avec la région touchée.
- Nettoyez la région touchée avec du soluté physiologique ou de l'eau stérile.
- Débridez délicatement la brûlure au moyen d'instruments stériles.
- Ne touchez pas aux petites ampoules.
- Enlevez les grosses ampoules au moyen d'une pince et de ciseaux (le liquide qui s'écoule est un milieu de culture idéal).
- *Pansements :* Les brûlures mineures et peu étendues au deuxième degré (brûlures superficielles du deuxième degré) ne nécessitent pas l'application d'un onguent antimicrobien ou de pansements imprégnés; appliquez plutôt un pansement de gaze poreux et non adhésif (p. ex. Jelenet).

Éducation du client

- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence).
- Conseillez-lui de prendre un analgésique 1 heure avant le changement de pansement.
- Indiquez-lui que le pansement doit rester propre et sec jusqu'à ce que la plaie soit cicatrisée.

Traitement adjuvant

Vérifiez si le client est encore protégé par son dernier vaccin antitétanique; sinon, administrez-lui le vaccin (voir le *Guide canadien d'immunisation*, 5e éd., 1998).

Interventions pharmacologiques

Analgésiques :

ibuprofène (Motrin) (**médicament de classe A**), 200 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 6 h au besoin

ou

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 500 mg, 1-2 comprimés, toutes les 4 h au besoin

ou

acétaminophène avec codéine (Tylenol N° 2 ou N° 3) (**médicament de classe C**), 1-2 comprimés toutes les 4-6 h au besoin (maximum 15 comprimés)

Les brûlures au deuxième degré plus étendues et plus graves nécessitent l'application d'un onguent antibiotique topique ou d'un pansement imprégné d'une solution appropriée (les onguents peuvent compliquer l'évaluation du drainage de la plaie). Appliquez :

bacitracine en onguent (Baciguent) (**médicament de classe A**) chaque jour

ou

pansement Sofratulle (**médicament de classe A**) chaque jour

ou

sulfadiazine d'argent (Flamazine) (**médicament de classe C**) chaque jour

Contre-indication absolue de la sulfadiazine d'argent : grossesse à terme

Contre-indication relative de la sulfadiazine d'argent : sensibilité croisée possible à d'autres sulfamides, grossesse

Une antibiothérapie prophylactique est rarement nécessaire, mais peut être envisagée dans les cas suivants :

- clients immunodéprimés,
- clients à risque élevé d'endocardite,
- clients ayant des articulations artificielles.

On peut utiliser, au besoin, des antibiotiques à large spectre comme les céphalosporines de première génération ou la pénicilline résistante à la pénicillinase combinée à un aminoside.

Discutez des différentes possibilités avec un médecin.

Surveillance et suivi

- Assurez un suivi après 24 heures et tous les jours jusqu'à ce que la brûlure soit cicatrisée.
- Réévaluez la profondeur et l'étendue de la brûlure.
- Surveillez la cicatrisation et le risque d'infection.
- Nettoyer et débridez au besoin; l'immersion de la brûlure peut aider à désintégrer les caillots de sang et accélérer l'expulsion des débris nécrotiques.
- Réappliquez de la bacitracine ou de la sulfadiazine d'argent et un pansement stérile sec.

Il n'est pas absolument nécessaire d'assurer une stérilité totale durant le changement des pansements; cependant, la propreté et le nettoyage minutieux des mains, des lavabos, des baignoires et des instruments utilisés sont d'une importance capitale. On peut appliquer de l'acide acétique (0,25 %) à des fins de prophylaxie contre les *Pseudomonas*.

TRAITEMENT DES BRÛLURES GRAVES

Surveillez systématiquement les risques d'insuffisance rénale due à la rhabdomyolyse et à la septicémie chez les clients ayant subi des brûlures graves.

Interventions non pharmacologiques

Examen primaire

- Stabilisez l'ABC.
- Dégagez les voies respiratoires et assurez une ventilation artificielle au besoin.
- Administrez de l'oxygène à raison de 6-10 l/min ou plus; la saturation en oxygène doit être maintenue à un niveau > 97 % ou 98 %.
- Amorcez un traitement IV à l'aide de soluté physiologique ou de soluté lactate de Ringer.
- Remplacez les pertes liquidiennes. Les règles générales suivantes s'appliquent aux personnes ayant subi des brûlures graves : administrez des liquides si >15 % à 20 % de la surface corporelle a été brûlée (adultes); au cours des premières 24 heures, administrez 2-4 ml × % de la surface corporelle brûlée, dont la moitié au cours des 8 premières heures et l'autre moitié au cours des 16 heures suivantes; maintenez le débit urinaire à environ 30-60 ml/h (adultes).

Le choc des brûlés ne se manifeste généralement pas avant plusieurs heures. Si l'état de choc est évident dès le début, cherchez d'autres causes d'hypovolémie comme une blessure grave à une autre partie du corps. *Voir la section « État de choc » dans le chapitre 14 « Urgences générales et traumatismes majeurs ».*

Considérations spéciales liées à la réanimation

- L'agitation peut être consécutive à l'hypoxie.
- Tenez pour acquis que le client a inhalé de la fumée; *voir la section « Inhalation de substances toxiques », dans le chapitre 3, « Appareil respiratoire »*.
- Surveillez les signes de détresse respiratoire ou d'insuffisance respiratoire.

Examen secondaire et recherche des blessures associées

- Mettez en place une sonde urinaire.
- Mettez en place une sonde gastrique.
- Évaluez la circulation périphérique en cas de brûlures circonférentielles aux membres.
- Surveillez la couleur, le remplissage capillaire, la paresthésie et les douleurs aux tissus profonds.

Soins des plaies

- Recouvrez les brûlures de pansements secs stériles.
- Ne crevez pas les ampoules.
- Évitez d'immerger la plaie ou de l'asperger d'eau froide si la brûlure s'étend sur > 10 % de la surface corporelle.

Consultation

Consultez un médecin dès que l'état du patient est stabilisé.

Interventions pharmacologiques

S'il faut administrer un analgésique, consultez un médecin d'abord, si c'est possible; sinon, administrez :

morphine (**médicament de classe D**), 5-10 mg IM immédiatement

Surveillance et suivi

- Vérifiez fréquemment l'ABC et les signes vitaux.
- Surveillez les signes d'état de choc (le choc des brûlés ne survient généralement qu'après plusieurs heures).
- Dans le cas des brûlures circonférentielles, des brûlures étendues aux membres ou des brûlures électriques, il faut surveiller les signes d'atteintes vasculaires ou neurologiques, qui évoquent le développement du syndrome de loge. Dans ce cas, il faut pratiquer immédiatement une incision de décharge.
- Surélevez les membres pour réduire l'œdème au minimum.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation dans les plus brefs délais (se reporter aux critères indiqués dans le tableau 7).

Tableau 7 : Critères de transfert des brûlés

Brûlures du troisième degré couvrant au moins 10 % de la surface corporelle chez les patients de > 50 ans
Brûlures du deuxième degré et du troisième degré couvrant au moins 20 % de la surface corporelle (quel que soit l'âge)
Brûlures au visage, aux mains, aux pieds, dans la région anale ou génitale, aux articulations principales
Inhalation de fumée, brûlures électriques, brûlures chimiques
Brûlures accompagnées de fractures ou d'autres lésions graves
Brûlures circonférentielles au thorax ou aux membres
Brûlures moins graves chez un client ayant une maladie préexistante (p. ex. diabète sucré)

ENGELURES

DÉFINITION

Lésions dues au froid. La lésion peut être accompagnée (tableau 9) ou non (tableau 8) du gel des tissus, caractérisé par la formation de cristaux de glace.

CAUSE

Exposition au froid

SYMPTOMATOLOGIE

Les parties les plus souvent touchées sont les mains et les pieds.

Gelures superficielles

- Douleur froide et brûlante au départ
- La région touchée devient blanche.
- La région touchée devient rouge au moment du réchauffement

Tableau 8 : Types de lésions dues au froid non accompagnées de gelures

Type de lésion	Cause	Observations cliniques	Traitement
Engelure (lésion périphérique due au froid, non accompagnée de congélation des tissus)	Exposition prolongée au froid sec, à des températures au-dessus du point de congélation	Les régions touchées sont prurigineuses, bleu rougeâtre; œdème possible; présence possible de bulles ou d'ulcères superficiels; les régions touchées pourraient désormais être plus sensibles au froid; pas de lésions permanentes.	Réchauffer comme pour les gelures (voir texte); administrer un analgésique
Pied des tranchées ou pied d'immersion	Exposition prolongée au froid humide à des températures au-dessus du point de congélation	Destruction possible des tissus semblable aux brûlures du deuxième degré (cloques, douleur, hypersensibilité au froid); la sensibilité au froid peut être permanente.	Réchauffer comme pour les gelures (voir texte)

Tableau 9 : Classification des gelures

Gelure sans gravité	Gelure superficielle	Gelure profonde
Superficielle, altérations de la peau réversibles	Les tissus sous-cutanés sont souples, mous.	Les tissus sous-cutanés sont durcis; les muscles, les tendons, etc., sont touchés.
Peau pâle et engourdie; perte de sensibilité Comparable à une brûlure thermique superficielle (premier degré)	Les bulles apparaissent dans les 24-48 heures; les liquides sont réabsorbés; des escarres noirâtres et dures se forment; généralement superficielles; la région reste sensible au froid et à la chaleur.	Extrémité froide, pourpre ou rouge foncé, bulles hémorragiques contenant un liquide foncé et perte de fonction distale; il est possible qu'on ne puisse déterminer avant plusieurs mois l'étendue des lésions causées par une gelure.
	Appliquer un traitement conservateur; guérit généralement sans intervention chirurgicale en 3-4 semaines.	Les tissus gelés finiront par tomber.

Gelures graves

- Douleur froide et brûlante accompagnée ultérieurement de picotements
- Apparition ultérieure d'un engourdissement ou d'une sensation de lourdeur
- La région touchée devient pâle ou blanche.
- Le réchauffement de la région touchée cause une douleur.

OBSERVATIONS (Voir également les tableaux 8 et 9)

- Les signes vitaux peuvent varier.
- La température peut baisser en présence d'hypothermie ou augmenter en présence d'infection.
- Détresse légère à intense
- Rougeur ou blancheur possible de la région touchée
- Présence possible d'œdème
- Présence possible de bulles
- Infection possible si le client a tardé à venir à la clinique
- La région touchée est froide et dure au toucher au début.
- Perte de sensibilité
- Chaleur et sensibilité de la région atteinte au moment du réchauffement

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Gelures superficielles ou profondes

COMPLICATIONS

- Infection
- Hypothermie
- Perte tissulaire
- La région atteinte peut rester hypersensible au froid pendant plusieurs années ou en permanence.

TRAITEMENT

Objectifs

- Déceler l'hypothermie associée
- Réchauffer les régions touchées
- Soulager la douleur
- Prévenir l'infection

Traitez les gelures bénignes et superficielles comme des brûlures thermiques superficielles. *Voir la section « Brûlures » plus haut dans ce chapitre.*

Interventions non pharmacologiques

- Réchauffez rapidement la région touchée en l'immergeant dans de l'eau à 42°C pendant 20-30 minutes; il n'est pas recommandé de procéder lentement!
- Mise en garde : évitez de frotter ou d'utiliser des bouillottes.
- Immobilisez le membre atteint; protégez la peau contre les irritations.
- Continuez à réchauffer jusqu'à ce que la peau soit chaude, ramollie, souple et rouge.
- Veillez à ce que la région atteinte ne gèle pas de nouveau à l'extérieur; ne faites pas dégeler les membres s'ils risquent de geler de nouveau.
- Surélevez le membre touché une fois celui-ci réchauffé; laissez la région atteinte découverte, si possible.
- Ne crevez pas les bulles.
- Séparez les doigts et les orteils avec de la ouate hydrophile sèche.
- Enveloppez le client dans du matériel doux et épais, sans le comprimer, et veillez à ce qu'il ne soit pas blessé ou exposé aux éléments durant le transport.
- Faites-lui boire des liquides chauds.
- Interdisez-lui de fumer, puisque la nicotine provoque un rétrécissement des artérioles.

Éducation à la prévention

Conseillez au client :

- de porter plusieurs couches de vêtements prévus pour le temps froid.
- de couvrir toutes les parties du corps exposées.
- de bien se préparer en prévision de déplacements par temps froid.

Interventions pharmacologiques

Gelures bénignes

Analgésiques :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 325 ou 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 h au besoin

ou

ibuprofène (Motrin) (**médicament de classe A**), 200 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 h au besoin

Gelures modérées ou graves

Administrez un analgésique pour soulager la douleur, qui peut être intense durant le réchauffement :

méperidine (Demerol) (**médicament de classe D**), 50-100 mg IM toutes les 3-4 h

Surveillance et suivi

Gelures bénignes

Réévaluez et repansez la plaie quotidiennement pendant 4-7 jours, jusqu'à ce qu'elle commence à cicatriser. Surveillez les signes d'infection.

Consultation

Il faut consulter un médecin pour toutes les gelures, sauf les gelures bénignes.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Gelures modérées ou graves

Faites transporter à l'hôpital dans les plus brefs délais toute personne ayant subi des gelures modérées ou graves.

CHAPITRE 10 – HÉMATOLOGIE, MÉTABOLISME ET ENDOCRINOLOGIE

Table des matières

NOTE EXPLICATIVE

La symptomatologie et l'examen physique ne sont pas traités comme tels dans ce chapitre parce que les troubles hématologiques, métaboliques et endocriniens produisent souvent des symptômes et des signes dans plus d'un appareil ou système. Les appareils cardiovasculaire et digestif ainsi que les systèmes nerveux, endocrinien et tégumentaire doivent particulièrement être évalués parce que c'est là que se manifestent souvent les problèmes et symptômes associés aux troubles hématologiques, métaboliques et endocriniens.

Pour plus d'information sur la symptomatologie et l'examen physique de ces appareils et systèmes, veuillez consulter les chapitres correspondants.

PROBLÈMES HÉMATOLOGIQUES COURANTS

ANÉMIE

DÉFINITION

D'une manière générale, l'anémie peut se définir comme étant une diminution du taux d'hémoglobine dans le sang. Lors de l'évaluation de la gravité de l'anémie, il est cependant plus important de considérer la cause sous-jacente que le taux d'hémoglobine. Toutefois, il est difficile de trouver cette cause, car il existe plus de 200 formes d'anémie.

CLASSIFICATION

Il existe trois principaux systèmes de classification des anémies :

- *Classification cytométrique :* fondée sur les paramètres relatifs à la taille des cellules et à l'hémoglobine, tels que le volume globulaire moyen (VGM) et la concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine (CCMH).
- *Classification érythrocinétique :* fondée sur les taux de production et de destruction des globules rouges (GR).
- *Classification biochimique et moléculaire :* fondée sur la cause de l'anémie au niveau moléculaire.

Par exemple, l'anémie dépranocytaire est classée parmi les anémies normochromes normocytaires dans la classification cytométrique, parmi les anémies hémolytiques dans la classification érythrocinétique, et, pour la classification biochimique et moléculaire, elle est le résultat d'une mutation de l'ADN qui est responsable de la substitution d'un acide aminé dans la chaîne β de l'hémoglobine.

Classification cytométrique

Lors de l'élaboration du diagnostic, la première étape est de classer l'anémie du client dans l'une des trois principales catégories cytométriques suivantes.

Anémie normochrome normocytaire (VGM normal, CCMH normale)

- Anémies des maladies chroniques
- Anémies hémolytiques (caractérisées par la destruction accélérée des GR)
- Anémie hémorragique aiguë
- Anémies aplasiques (caractérisées par la disparition des précurseurs des GR dans la moelle osseuse)

Anémie hypochrome microcytaire (VGM bas, CCMH basse)

- Anémie ferriprive
- Thalassémies
- Anémie des maladies chroniques (rare)

Anémie normochrome macrocytaire (VGM élevé, CCMH normale)

- Anémie par carence en vitamine B_{12}
- Anémie par carence en folates

SIGNES ET SYMPTÔMES CLINIQUES

La sévérité des symptômes cliniques dépend moins de la gravité de l'anémie que de la durée de l'évolution de la maladie.

Ainsi, une hémorragie aiguë peut produire des symptômes d'anémie après la perte de seulement 20 % de la masse sanguine totale (ou 20 % de la masse totale des globules rouges). À l'inverse, les anémies qui se développent sur des périodes assez longues pour mettre en branle des mécanismes compensateurs entraîneront des pertes de masse érythrocytaire beaucoup plus élevées avant l'apparition des symptômes.

SYMPTOMATOLOGIE

Quand les symptômes apparaissent, ils sont liés à une oxygénation tissulaire insuffisante :

- Dyspnée d'effort
- Fatigabilité
- Évanouissements, étourdissements
- Acouphènes, bourdonnement d'oreilles
- Céphalée
- Palpitations
- Exacerbation d'une affection cardiovasculaire préexistante

L'angine de poitrine, la claudication intermittente et les crampes musculaires nocturnes sont quelques-uns des effets d'une anémie venant s'ajouter au tableau d'une irrigation sanguine déjà diminuée.

OBSERVATIONS

Anémie d'installation progressive :

- Pâleur
- Tachycardie
- Souffle systolique d'éjection

Dans le cas d'une anémie survenue brutalement (à la suite d'une hémorragie et dans le cas de certaines anémies hémolytiques aiguës), des signes et symptômes additionnels sont notés :

- Syncope au lever
- Hypotension orthostatique (la tension artérielle baisse quand le client passe de la position couchée à la position assise ou debout)
- Tachycardie orthostatique

Rappelez-vous que si l'anémie survient à la suite d'une hémorragie, l'hématocrite et le taux d'hémoglobine seront normaux (car lors d'une hémorragie, les pertes de GR et de plasma sont proportionnelles). Par conséquent, pour diagnostiquer ce type d'anémie, votre évaluation des signes cliniques sera plus utile que les résultats des examens de laboratoire.

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Dosage de l'hémoglobine
- Mesure de l'hématocrite
- Numération des globules blancs (GB)
- Formule leucocytaire
- Numération des plaquettes
- VGM
- Distribution des GR
- Numération des réticulocytes
- Frottis sanguin
- Les examens supplémentaires seront fonction des résultats de ces tests.

PRINCIPALES ANÉMIES ET AUTRES MESURES DIAGNOSTIQUES

ANÉMIE FERRIPRIVE

Définition et caractéristiques

Cette forme d'anémie est fréquente chez les femmes en âge de procréer et chez les hommes et les femmes souffrant de saignements gastro-intestinaux chroniques. Elle peut être causée par un apport insuffisant en fer ou une mauvaise absorption du fer, ou encore par des pertes sanguines. Elle est fréquemment confondue avec une anémie des maladies chroniques.

Mesures diagnostiques

Déterminez le taux de ferritine sérique :

- Ce taux permet de distinguer une anémie ferriprive d'une anémie des maladies chroniques.
- Le résultat indique les réserves de fer dans les tissus.
- Il n'est pas influencé par une transfusion ou une ingestion de fer récente.
- Il peut être élevé et masquer l'anémie s'il y a congestion hépatique, insuffisance rénale, collagénose, cancer, ou infection ou inflammation aiguës ou chroniques (ces affections peuvent aussi s'accompagner de taux de fer sérique trompeurs).

ANÉMIE DES MALADIES CHRONIQUES

Définition et caractéristiques

Cette anémie survient lorsque le transfert du fer contenu dans les réserves de la moelle osseuse vers les globules rouges en formation est entravé. Les GR se trouvent ainsi appauvris en hémoglobine, même si les réserves corporelles de fer sont normales ou élevées. Cet état peut dénoter une septicémie, un cancer, une insuffisance rénale chronique, une collagénose ou un trouble endocrinien.

Mesures diagnostiques

- Déterminez le taux de ferritine sérique.
- Envisagez également la mesure de l'azotémie, le dosage des anticorps antinucléaires (ANA) et la thyrotropine (TSH), et la réalisation d'une électrophérèse des protéines sériques (EPS).

SATURNISME

Définition et caractéristiques

Le saturnisme induit une microcytose parce que le plomb entrave la production de l'hème; il en résulte des cellules contenant peu d'hémoglobine. Un frottis de sang périphérique révèle la présence de ponctuations basophiles sur les GR.

Mesures diagnostiques

Déterminez la concentration de plomb dans le sang.

CARENCE EN VITAMINE B_{12} ET EN FOLATES

Mesures diagnostiques

– Procédez à l'anamnèse alimentaire.
– Mesurez les taux sériques de la vitamine B_{12} et des folates (cependant, la seule carence en vitamine B_{12} ou en folates ne peut être considérée comme la cause de l'anémie, sauf dans le cas d'une anémie mégaloblastique).
– Envisagez aussi de faire un test de Schilling si le taux sérique de la vitamine B_{12} est bas.

ANÉMIE HÉMOLYTIQUE

Définition et caractéristiques

Taux de réticulocytes habituellement accru.

Mesures diagnostiques

– Faites un test direct à l'antiglobuline (test de Coombs)
– Mesurez les taux d'agglutinines froides et de G-6-PD (glucose-6-phosphate déshydrogénase) pour vérifier s'il y a hémolyse extravasculaire.

AUTRES TESTS SANGUINS POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ANÉMIE

Numération des réticulocytes

Numération réticulocytaire basse

Ce résultat indique une diminution de la production de globules rouges dans la moelle osseuse. Elle peut être causée par une carence en fer, en folates ou en vitamine B_{12}, une maladie intrinsèque de la moelle (p. ex. une anémie aplasique), ou une insuffisance médullaire secondaire à une suppression causée par des troubles chroniques extérieurs à la moelle. Envisagez la possibilité de saignements ou d'une destruction de cellules.

Autres mesures diagnostiques : mesurez les taux sériques de ferritine, de vitamine B_{12} et de folates, au besoin, selon les résultats du VGM.

Numération réticulocytaire élevée

Elle peut être causée par une perte sanguine ou une hémolyse. Ce résultat indique que le client ne souffre pas d'une carence en fer, en folates ou en vitamine B_{12}; il n'est donc pas nécessaire de doser ces nutriments.

Autres mesures diagnostiques : vérifiez s'il y a des antécédents de perte sanguine (p. ex. recherchez des pertes de sang occulte, au besoin). L'absence de perte sanguine implique qu'il y a hémolyse, auquel cas on devra soupçonner une anémie hémolytique (Voir *« Anémie hémolytique », plus haut dans cette section*).

Frottis sanguin

Cet examen permet de confirmer les indices fournis par les mesures des GR.

Il peut donner des indices sur une éventuelle maladie sous-jacente. Par exemple, la présence de microcytes peut dénoter une carence en fer, celle de sphérocytes une anémie autoimmune acquise ou congénitale, et celle d'hématies en cible une hépatopathie ou une hémoglobinopathie.

ANÉMIE FERRIPRIVE

DÉFINITION

L'anémie ferriprive se manifeste par un taux d'hémoglobine, un nombre de GR ou un volume de culot globulaire (hématocrite) dans le sang inférieur à la normale. Généralement, les clients dont le taux d'hémoglobine est de plus de deux écarts-types (ET) sous la moyenne doivent être considérés comme anémiques, et des examens plus approfondis s'avèrent alors nécessaires. L'anémie est souvent accompagnée d'une déplétion des réserves de fer.

La concentration d'hémoglobine moyenne normale est de 140 g/l (ET 20 g/l) pour les femmes et de 155 g/l (ET 20 g/l) pour les hommes (voir aussi le tableau 1).

Tableau 1 : Valeurs de référence des constituants sanguins

Constituants	Âge (années)	Femmes	Hommes
Hémoglobine (g/l)	1-4	111-145	111-145
	5-9	114-145	114-145
	10-14	124-145	124-158
	≥ 15	121-164	140-179
Globules rouges (x 10^{12}/l)	1-4	4,0-5,2	4,0-5,2
	5-9	4,2-5,3	4,2-5,3
	10-14	4,5-5,7	4,5-5,7
	15-49	4,0-5,4	4,6-6,0
	≥ 50	4,0-5,6	4,4-5,8
Hématocrite (proportion)	1-4	0,35-0,45	0,35-0,45
	5-9	0,36-0,47	0,36-0,47
	10-14	0,38-0,47	0,38-0,49
	≥ 15	0,38-0,50	0,42-0,54
Globules blancs (x 10^9/l)	1-4	5,0-12,0	5,0-12,0
	5-49	4,0-10,5	4,0-10,5
	≥ 50	4,0-10,0	4,0-11,0
Plaquettes (x 10^9/l)	1-4	175-500	175-500
	5-9	175-420	175-420
	10-14	175-375	175-375
	≥ 15	170-375	160-350

Source : Swaanenburg *et al.* (1987)

CAUSES

- Insuffisance de l’apport alimentaire de fer (fréquente chez les enfants, les adolescents et les personnes âgées)
- Besoins accrus en fer sans apports supplémentaires (chez les femmes enceintes et durant les poussées de croissance des nourrissons, des enfants et des adolescents)
- Perte sanguine causée par des menstruations anormalement abondantes, une affection du tube digestif (p. ex. ulcère gastro-duodénal, hernie hiatale), une maladie maligne, une télangiectasie, une perte sanguine abondante récente (p. ex traumatisme, intervention chirurgicale)
- Malabsorption du fer causée par une gastrectomie partielle ou un syndrome de malabsorption

SYMPTOMATOLOGIE

- L’anémie ferriprive n’est pas une maladie, mais le signe d’une affection sous-jacente.
- Une anamnèse complète et un examen physique s’imposent.
- Les symptômes varient selon la gravité de l’anémie, l’affection sous-jacente, la vitesse à laquelle cette dernière a évolué et la présence d’une cardiopathie ou d’une pneumopathie préexistante.

Manifestation bénigne

- Souvent asymptomatique
- Fatigue
- Dyspnée
- Palpitations après l’effort

Manifestation modérée ou sévère

- Symptômes au repos
- Intolérance à l’effort
- Symptômes d’insuffisance cardiaque, syncope possible
- Palpitations, étourdissements, céphalée, acouphènes
- Irritabilité, insomnie, incapacité de concentration
- Hypersensibilité au froid et malaise
- Troubles menstruels

Autres éléments à considérer

- Prise de médicaments tels que des anticonvulsivants (p. ex. phénytoïne [Dilantin], primidone [Misoline]), triamtérène, sulfaméthoxa zole associée à la triméthoprime (Septra : prise prolongée seulement) ou des contraceptifs oraux
- Prise de médicaments pour l’infection par le VIH (p. ex. zidovudine [AZT] et médicaments anticancéreux [pour la chimiothérapie])
- Consommation d’alcool
- Habitudes alimentaires (p. ex. végétarisme strict)
- Chirurgie de l’intestin grêle ou de l’estomac
- Affection inflammatoire chronique comme la polyarthrite rhumatoïde ou la maladie de Crohn
- Maladie maligne
- Insuffisance rénale, hépatique ou thyroïdienne

OBSERVATIONS

- Accélération de la fréquence cardiaque
- Hypotension orthostatique possible
- Pâleur généralisée
- Signes de fatigue et de léthargie
- Décoloration des conjonctives et des paumes
- Glossite possible (anémie grave)
- Fissuration des commissures labiales
- Altération des ongles
- Splénomégalie ou hépatomégalie possible
- Assèchement possible de la peau et des cheveux
- Souffle systolique fonctionnel possible

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Écartez les autres causes possibles de l'anémie. *Voir la section générale « Anémie » plus haut dans le présent chapitre*.

COMPLICATIONS

- Infections fréquentes
- Effets secondaires de la supplémentation martiale
- Décompensation de problèmes médicaux préexistants

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Formule sanguine, formule leucocytaire, numération des réticulocytes, frottis sanguin pour examen de la morphologie des GR
- Fer sérique, capacité totale de fixation du fer (CTFF), ferritine sérique
- Recherche de sang occulte dans les selles (trois échantillons différents)

TRAITEMENT

Objectifs

- Augmenter la concentration d'hémoglobine
- Reconstituer les réserves corporelles de fer
- Déterminer la cause sous-jacente

Consultation

Consultez un médecin immédiatement si le taux d'hémoglobine est inférieur à 90 g/l, s'il y a du sang occulte dans les selles ou si le client paraît gravement malade.

Interventions non pharmacologiques

Éducation du client

- Expliquez la nature, l'évolution et le pronostic de la maladie.
- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, effets secondaires).
- Proposez des modifications alimentaires pour augmenter l'apport de fer (p. ex. abats, jaune d'œuf, pruneaux, raisins frais ou secs).
- Recommandez de fréquentes périodes de repos pour réduire la fatigue.
- Recommandez au client d'éviter l'alcool et les produits à base d'acide acétylsalicylique (AAS).
- Expliquez au client comment prévenir la constipation (p. ex. régime riche en fibres alimentaires).

Interventions pharmacologiques

Supplémentation martiale :

sulfate ferreux (**médicament de classe B**), 300 mg PO tid

ou

gluconate ferreux (**médicament de classe B**), 300 mg PO tid

Surveillance et suivi

Faites un suivi après un mois : le taux d'hémoglobine devrait augmenter d'au moins 1 g/l pendant le traitement. Continuez le traitement pendant trois mois après le premier examen de suivi pour reconstituer les réserves de fer.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Tout client qui ne répond pas au traitement oral après un mois doit être adressé à un médecin pour des examens plus approfondis.

ANÉMIE MÉGALOBLASTIQUE

DÉFINITION

Cette forme d'anémie se caractérise par une production de GR ovales de grande taille et un VGM élevé (> 100 fl [femtolitres]).

CAUSES

Carence en vitamine B_{12} (anémie pernicieuse) dont les causes peuvent être les suivantes :

- Insuffisance de l'apport alimentaire (p. ex. végétarisme strict)
- Malabsorption (p. ex. après une gastrectomie ou une intervention chirurgicale à l'iléon)
- Besoins accrus (p. ex. durant la grossesse)
- Troubles d'utilisation

Carence en acide folique dont les causes peuvent être les suivantes :

- Insuffisance de l'apport (p. ex. chez les clients âgés, alcooliques ou atteints d'une maladie chronique)
- Syndromes de malabsorption
- Besoins accrus (p. ex. durant la grossesse ou la phase terminale d'une maladie)
- Prise de médicaments antifoliques tels que le méthotrexate, la phénytoïne (Dilantin) et le sulfaméthoxazole associé à la triméthoprime (Septra)
- Infection par le VIH (et son traitement pharmacologique)
- Autres agents chimiothérapeutiques

SYMPTOMATOLOGIE

- Installation insidieuse
- Apparition dans la quarantaine ou la cinquantaine
- Fatigue, léthargie
- Indigestion, constipation ou diarrhée
- Douleur à la langue
- Symptômes neurologiques (neuropathie périphérique, faiblesse, instabilité, spasticité et modifications de l'affect) découlant d'une carence en vitamineB_{12}
- Absence de symptômes neurologiques dans le cas d'une carence en acide folique

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Écartez la possibilité d'autres formes d'anémie (*Voir la section générale « Anémie » plus haut dans le présent chapitre*).

COMPLICATIONS

- Infections
- Chutes ou autres traumatismes
- Insuffisance cardiaque

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Formule sanguine
- Formule leucocytaire
- Frottis sanguin
- Fer sérique
- Capacité totale de fixation du fer (CTFF)
- Ferritine sérique
- Taux sérique de la vitamine B_{12}
- Taux sérique des folates érythrocytaires

TRAITEMENT

Objectifs

- Déterminer la cause de l'anémie
- Corriger les carences diagnostiquées

Consultation

Consultez un médecin immédiatement si les symptômes de l'anémie sont importants ou si des complications se présentent, et pour obtenir des ordonnances.

Interventions non pharmacologiques

Éducation du client

- Expliquez la nature, l'évolution et le pronostic de la maladie.
- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, effets secondaires).
- Indiquez au client quels sont les aliments riches en acide folique : légumes-feuilles verts, céréales, son de blé, foie.
- Insistez sur l'importance de revenir pour un examen de contrôle.

Interventions pharmacologiques

Anémie (pernicieuse) par carence en vitamine B_{12} :

> vitamine B_{12} (**médicament de classe B**), 100 µg IM une fois par jour pendant 5 jours, et puis 100 µg IM une fois par mois à vie.

Anémie par carence en acide folique :

> acide folique (**médicament de classe B**), 1-5 mg PO par jour jusqu'à ce que l'hématocrite soit normal.

Surveillance et suivi

- Effectuez un suivi 2 semaines après le début du traitement pour vérifier si le client répond bien au traitement; refaites les analyses sanguines à ce moment-là.
- Les deux types d'anémie par carence répondent habituellement rapidement au traitement : dès la première semaine, l'hématocrite commence à augmenter.
- Revoyez le client chaque mois et refaites les analyses sanguines à chaque fois, jusqu'à stabilisation.

Le taux de potassium sérique doit être surveillé attentivement chez les clients qui souffrent d'une anémie pernicieuse grave associée à une insuffisance cardiaque. Une augmentation rapide des réticulocytes associée à la prise de diurétiques provoque une hypokaliémie. Des suppléments potassiques doivent alors être administrés. Consultez un médecin pour obtenir une ordonnance.

Au fur et à mesure que le taux d'hémoglobine augmente quand il y a prise de vitamine B_{12}, le VGM s'abaisse graduellement, si bien que l'anémie du client peut devenir microcytaire, avec un taux d'hémoglobine se stabilisant sous la normale. Dans ce cas, un supplément de fer par voie orale doit être ajouté pour maximiser la réponse hémoglobinique.

PROBLÈMES ENDOCRINIENS ET MÉTABOLIQUES COURANTS

DIABÈTE SUCRÉ

DÉFINITION

Le diabète sucré est un trouble métabolique qui se caractérise par une hyperglycémie causée soit par une diminution de la sécrétion d'insuline, soit par un accroissement de la résistance des tissus à l'action de l'insuline, soit par ces deux mécanismes à la fois.

CLASSIFICATION

Type 1

Le diabète sucré de type 1 est principalement dû à la destruction des cellules β du pancréas, ce qui se traduit par une carence insulinique absolue et une tendance à l'acidocétose. La maladie survient généralement chez les sujets de moins de 30 ans.

Type 2

Le diabète sucré de type 2 est le résultat d'un accroissement de l'insulinorésistance des tissus, associé à une certaine insuffisance de l'insulinosécrétion. La maladie débute généralement à l'âge moyen ou après. Les personnes souffrant du diabète de type 2 sont beaucoup moins sujettes à l'acidocétose.

La prévalence du diabète de type 2 atteint des proportions épidémiques chez les Premières Nations. Les taux de prévalence ajustés selon l'âge y sont parmi les plus élevés au monde, variant de 19 % à 26 %. Cette affection survient aussi de façon atypique chez les enfants et les jeunes adultes de cette population.

Le diabète gestationnel

Le diabète gestationnel est un trouble transitoire qui apparaît durant la grossesse et disparaît après l'accouchement. Les femmes qui ont souffert de diabète gestationnel vont souvent développer un diabète de type 2 plus tard dans leur vie. Il y a diabète gestationnel quand la glycémie à jeun est ≥ 5,3 mmol/l, et la glycémie à la première heure de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée est ≥ 10,6 mmol/l ou la glycémie à la deuxième heure de l'épreuve est ≥ 8,9 mmol/l. Ces valeurs sont établies pour une dose de charge de glucose de 75 g administrée par voie orale.

Intolérance au glucose (prédiabète)

Hyperglycémie modérée à jeun

Les personnes ayant une glycémie à jeun entre 6,1 et 6,9 mmol/l, ce qui est en-dessous du seuil diagnostique du diabète, souffrent d'une hyperglycémie modérée à jeun.

Intolérance au glucose

Les personnes ayant une glycémie à jeun inférieure à 7,0 mmol/l et une glycémie entre 7,8 et 11,0 mmol/l à la deuxième heure de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale souffrent d'intolérance au glucose.

Ces deux groupes de personnes sont plus susceptibles de souffrir du diabète sucré et de maladies cardiovasculaires que le reste de la population. Des interventions préventives comme la modification des habitudes de vie et des examens de dépistage du diabète plus fréquents devraient être une priorité pour ces personnes.

CAUSES

- Génétique
- Maladie autoimmune
- Pancréatite

Facteurs de risque

- Antécédents familiaux
- Hypertension
- Hyperlipidémie
- Obésité tronculaire (androïde)
- Tabagisme
- Alimentation riche en matières grasses
- Antécédents de diabète gestationnel

Des changements importants dans le mode de vie des Autochtones, notamment aux chapitres de l'alimentation et de l'exercice physique, ont eu un grand impact sur leur santé. La morbidité associée aux maladies infectieuses a diminué, mais certaines maladies chroniques telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires sont devenues des problèmes de santé importants chez les Autochtones. Selon certains, le diabète sucré serait associé aux piètres conditions sociales des communautés autochtones. L'isolement géographique, les mauvaises habitudes alimentaires, la variété alimentaire restreinte, la sédentarité, les toxicomanies et les problèmes psychologiques peuvent constituer des obstacles importants à la reconnaissance du diabète comme priorité dans les soins de santé.

SYMPTOMATOLOGIE

- Polyurie, polydipsie, polyphagie
- Nycturie
- Antécédents pondéraux (surtout les pertes de poids)
- Fatigue, irritabilité
- Obésité (surtout tronculaire)
- Vue brouillée, changements dans la vision, changements fréquents de la prescription optique
- Nausées et vomissements
- Syndrome grippal persistant (acidocétose)
- Paresthésie réversible des doigts et des orteils

Antécédents personnels

- Antécédents obstétricaux : diabète gestationnel, gros bébés (> 4,5 kg à la naissance)
- Troubles endocriniens
- Maladies cardiovasculaires
- Hypertension
- Hyperlipidémie
- Infections vaginales récurrentes ou persistantes (mycoses), infections urinaires, infections de la peau (surtout aux pieds)
- Chirurgie (p. ex. au pancréas)

Antécédents familiaux

- Diabète sucré
- Hyperlipidémie
- Hypertension
- Affections rénales
- Stérilité
- Hirsutisme
- Maladies autoimmunes
- Pancréatite
- Cécité

État de santé actuel

- Habitudes alimentaires (choix des aliments, agencement temporel des repas, influences culturelles)
- Niveau d'activité physique, facteurs limitant l'activité physique
- Médicaments
- Allergies
- Tabagisme
- Consommation d'alcool
- Facteurs sociaux : dynamique familiale, éducation, emploi, mode de vie, capacités d'adaptation

OBSERVATIONS

Un examen complet de tous les systèmes corporels doit être fait pour détecter la présence de complications du diabète.

- Le client paraît malade si le diabète survient brutalement.
- Le client est amaigri s'il y a eu perte de poids.
- Signes vitaux: les changements pourront être déterminés selon le tableau clinique initial et la présence de lésions sous-jacentes aux organes cibles.
- Tension artérielle élevée s'il y a hypertension concomitante
- Yeux : signes de rétinopathie sur le fond d'œil
- Cavité orale : santé dentaire déficiente (risque d'infection)
- Cou : examen de la glande thyroïde
- Thorax: examen respiratoire courant
- Système cardiaque : signes de défaillance cardiaque, souffles, pouls périphériques
- Abdomen : hypertrophie des organes
- Appareil génito-urinaire : signes de néphropathie (p. ex. protéinurie)
- Appareil locomoteur : mobilité articulaire restreinte, arthropathie des mains
- Peau : infection (p. ex. des pieds ou des ongles), couleur, température
- Signes de neuropathie : effets neurologiques; changements dans la sensibilité vibratoire (p. ex. dans les pieds), proprioception, sensibilité tactile (avec monofilament), réflexes

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Hyperglycémie modérée à jeun (glycémie à jeun entre 6,1 et 6,9 mmol/l)
- Intolérance au glucose (glycémie entre 7,8 et 11,0 mmol/l à la deuxième heure de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale avec une dose de charge de 75 g)
- Glycosurie non diabétique
- Effets secondaires de médicaments (p. ex. contraceptifs oraux, corticostéroïdes, diurétiques thiazidiques)
- Diabète insipide
- Insuffisance pancréatique bénigne
- Phéochromocytome
- Syndrome de Cushing

COMPLICATIONS

- Acidocétose (type 1); *voir « Acidocétose diabétique » sous « Urgences métaboliques » plus loin dans le présent chapitre.*
- Coma hyperosmolaire sans acidocétose
- Coronaropathies, maladies vasculaires périphériques
- Néphropathie, infections urinaires
- Rétinopathie, cataractes (précoces), cécité
- Neuropathie périphérique
- Infections récurrentes de la peau (mycoses)
- Décès prématuré

TESTS DIAGNOSTIQUES

Glycémies diagnostiques

Glycémie au hasard ≥ 11,1 mmol/l en présence de symptômes (si le résultat est inférieur à 11,1 mmol/l, demandez au client de revenir dans un jour ou deux pour un test de glycémie à jeun afin d'établir avec précision le diagnostic)

ou

Glycémie à jeun ≥ 7,0 mmol/l

ou

Glycémie ≥ 11,1 mmol/l deux heures après l'administration d'une dose de charge de 75 g (épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale)

Autres examens

- Dosage des lipides, formule sanguine, mesure des taux de créatinine et de TSH
- Analyse d'urine (analyse courante et microscopie)
- Test rapide sur bandelette réactive pour le glucose, les cétones et les protéines, et la microalbuminurie

TRAITEMENT

La prévention et le traitement du diabète sucré et de ses complications doivent être hautement prioritaires dans la planification et la prestation des soins de santé dans les communautés autochtones. Jusqu'à présent, rien ne justifie l'utilisation de stratégies thérapeutiques différentes de celles appliquées dans la population générale.

Objectifs

- Obtenir une maîtrise glycémique optimale
- Éduquer le client pour la prise en charge de son traitement
- Prévenir les complications
- Obtenir la maîtrise optimale de l'hypertension et de l'hyperlipidémie concomitantes et des autres facteurs de risques cardiovasculaires

Consultation

Consultez immédiatement un médecin si vous soupçonnez ou diagnostiquez un diabète sucré. Tout traitement pharmacologique doit être instauré par un médecin.

Interventions non pharmacologiques

Modification des habitudes de vie

- Traitement par le régime : la consultation d'un diététiste est recommandée, du moins au début.
- Recommandations nutritionnelles identiques à celles pour la population générale : régime équilibré comprenant des aliments des quatre groupes; diminution des graisses saturées à moins de 10 % des calories totales; apport adéquat de glucides, de protéines, de vitamines et de minéraux
- Bon point de départ : prendre des repas renfermant 55 % de glucides et 30 % de matières grasses
- Programme d'exercice : activité régulière (p. ex. marcher 20 minutes trois fois par semaine)
- Perte de poids s'il y a obésité (pour atteindre un poids-santé)
- Abandon du tabac (le cas échéant)
- Apprentissage en matière de prise en charge de son traitement

Éducation du client

- Expliquez la nature, l'évolution et le pronostic de la maladie ainsi que ses complications possibles : le diabète peut être maîtrisé, mais non guéri.
- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, voie d'administration, effets secondaires).
- Si le client prend de l'insuline, assurez-vous qu'il se l'administre correctement.
- Conseiller le client en ce qui a trait à son alimentation.
- Demandez au client de noter dans un carnet ce qu'il mange et examinez ce camet régulièrement.
- L'autosurveillance glycémique est fortement recommandée : assurez-vous que le client effectue les tests correctement; donnez-lui des instructions et encouragez-le à inscrire les résultats dans un carnet.
- Discutez avec le client de ce qu'il doit faire en cas de maladie.
- Indiquez au client les signes et les symptômes de l'hyperglycémie et de l'hypoglycémie et expliquez-lui quoi faire si ces troubles apparaissent.
- Informez le client sur les soins des pieds : garder les pieds propres; éviter l'assèchement de la peau (utiliser une crème hydratante tous les jours); porter des chaussures ou des bottes adéquates (qui ne serrent pas); éviter de marcher pieds nus; éviter les chaussures à bout ouvert; ne pas couper les ongles trop court; soigner rapidement les coupures et les plaies.

Si possible, donnez de l'information sur le diabète à la famille pour qu'elle comprenne cette maladie et puisse soutenir et aider le client dans la prise en charge de sa maladie.

Interventions pharmacologiques

Type 1

Insulinothérapie suivant les indications du médecin (tableau 2).

Type 2

Traitement pharmacologique sur l'initiative du médecin :

Étape 1 : Monothérapie avec agents hypoglycémiants oraux :

glyburide (Diabeta) ou metformine (Glucophage) (**médicaments de classe B**)

La metformine est un bon choix comme médicament de première intention pour les clients obèses souffrant de diabète sucré de type 2. Elle améliore les taux de l'HbA_{1c} sans entraîner de prise de poids, provoque moins d'épisodes hypoglycémiques que les autres médicaments, et réduit les complications du diabète ainsi que la mortalité.

Étape 2 : Combinaison d'agents oraux (glyburide et metformine) jusqu'à atteinte de la dose maximale de chaque agent.

Étape 3 : Ajout d'insuline au coucher *ou* arrêt des agents oraux et commencement de l'insulinothérapie.

Étape 4 : Optimisation de l'insulinothérapie.

Étape 5 : Ajout d'un agent oral (p. ex. acarbose ou metformine) au traitement avec la dose optimale d'insuline quand celle-ci ne suffit pas à contrôler la glycémie.

La prise d'AAS à faible dose constitue un traitement préventif primaire pour les clients à risque élevé (i.e. âgés de plus de 30 ans) souffrant de diabète sucré, et un traitement préventif secondaire pour les personnes souffrant à la fois de diabète sucré et de macroangiopathie :

AAS (**médicament de classe A**), 325 mg une fois par jour

Tableau 2 : Types d'insuline

Type	Début d'action	Maximum d'action	Durée d'action
Lispro	5-10 minutes	45 minutes	3-4 heures
Ordinaire	30-45 minutes	2-5 heures	5-8 heures
NPH	1-3 heures	4-12 heures	18-24 heures
70/30	30-45 minutes	2-12 heures	18-24 heures
50/50	30-45 minutes	2-12 heures	18-24 heures
Lente	2-5 heures	7-15 heures	18-22 heures
Ultra-Lente	4-6 heures	8-20 heures	24-28 heures

Surveillance et suivi

Suivi toutes les 4-6 semaines pour commencer, ou plus fréquemment au besoin. Une fois la glycémie stabilisée, revoir le client trois ou quatre fois par année. La surveillance doit comporter les points suivants :

- Évaluation de l'adhésion au traitement médicamenteux, du régime alimentaire et du programme d'exercice
- Examen du journal alimentaire avec le client et établissement d'un régime alimentaire prenant en considération ses préférences et les aliments qu'il peut se procurer
- Mesure de la tension artérielle et du poids à chaque visite
- Examen des pieds au moins deux fois l'an
- Incitation à perdre du poids si nécessaire; on devrait viser une perte pondérale d'environ 0,5 kg/semaine (dans la plupart des cas, on peut y arriver en réduisant l'apport calorique d'environ 500 calories/jour).
- Incitation à faire de l'exercice régulièrement (une marche quotidienne est la meilleure forme d'exercice pour la population générale)
- L'exercice aide à maîtriser le poids et réduit la glycémie.
- Mesure de la glycémie à jeun au besoin; dosage de l'HbA_{1c} tous les 3-4 mois si le client prend de l'insuline, et tous les 6 mois s'il prend des agents oraux
- Examen des urines pour recherche d'une protéinurie : si le résultat est *négatif*, le client doit être soumis à un test annuel de dépistage de la microalbuminurie et à une détermination au hasard du ratio albumine/créatinine dans des urines prélevées le jour (diabète sucré de type 2); si le résultat est *positif*, le client doit subir tous les 6-12 mois un examen des urines recueillies pendant 24 heures visant à mesurer la clairance de la créatinine et la microalbuminurie
- Si une néphropathie est diagnostiquée, la surveillance effectuée dans le cadre du suivi (deux fois l'an) doit comprendre le dosage du potassium et de la créatinine sériques, de même qu'un examen des urines recueillies pendant 24 heures visant la mesure des protéines totales et de la clairance de la créatinine.
- Électrocardiographie (ECG) annuelle (client de plus de 35 ans)
- Profil lipidique à jeun annuel
- Examen oculaire (fond d'œil avec pupille dilatée) annuel par un médecin

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Adressez à un médecin le plus rapidement possible pour une évaluation complète tous les clients chez qui vous venez de diagnostiquer un diabète sucré.
- Orientez si possible le client vers un diététiste, qui effectuera une évaluation de son alimentation et lui fournira des conseils.
- Planifiez un examen par un médecin deux fois par année, si l'état du client est stable, ou plus souvent si nécessaire.

MOYENS DE PRÉVENTION

Prévention primaire - diabète sucré de type 1

On ne connaît pas de moyens de prévention éprouvés pour le diabète sucré de type 1.

Prévention primaire - diabète sucré de type 2

- Toute stratégie contre le diabète devrait mettre l'accent sur la prévention primaire.
- Les programmes doivent cibler les enfants d'âge scolaire et leurs parents (pour prévenir l'apparition du diabète dans les générations futures), ainsi que les personnes à risque élevé.
- La prévention primaire vise la maîtrise du poids par le régime et l'exercice.

Prévention secondaire

En plus de la prévention primaire, il faut effectuer une prévention secondaire visant l'amélioration du contrôle métabolique, du suivi et du traitement des complications.

DÉPISTAGE

Dépistage du diabète sucré

Le dépistage du diabète doit être intensif dans les groupes à risque élevé.

Dans les *Lignes directrices de pratique clinique 1998 pour le traitement du diabète au Canada* (Meltzer *et al*., 1998), on recommande les principes de dépistage suivants.

On devrait procéder au dépistage du diabète tous les 3 ans pour les personnes de plus de 45 ans. De plus, le dépistage devrait être annuel pour les personnes présentant l'un ou l'autre des facteurs de risque suivants :

- Obésité (indice de masse corporelle > 27 kg/m^2)
- Parent au premier degré souffrant du diabète sucré
- Membre d'une population à risque élevé (p. ex. Autochtones du Canada)
- Faible taux de lipoprotéines de haute densité (HDL) (< 0,90 mmol/l) ou taux de triglycérides élevé à jeun (> 2,8 mmol/l)
- Antécédents de diabète gestationnel
- Antécédents d'hyperglycémie modérée à jeun (glycémie à jeun de 6,1-6,9 mmol/l)
- Antécédents d'intolérance au glucose (glycémie à jeun < 7,0 mmol/l; glycémie de 7,8-11,0 mmol/l à la deuxième heure de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale)
- Hypertension
- Coronaropathie
- Présence de complications associées au diabète

Dépistage des complications

Chez les personnes atteintes d'un diabète sucré de type 1 ou 2, on doit effectuer un dépistage intensif de la rétinopathie, de la néphropathie, de la neuropathie et des maladies cardiovasculaires.

Le *United Kingdom Prospective Diabetes Study Group* (1998) a montré qu'on peut réduire le risque de complications microvasculaires, comme celles qui entraînent une rétinopathie, une neuropathie ou une néphropathie, en contrôlant strictement la glycémie (p. ex. glycémie à jeun < 6,0 mmol/l), que ce soit avec l'insuline ou des agents oraux.

Dans les *Lignes directrices de pratique clinique 1998 pour le traitement du diabète au Canada* (Meltzer *et al*., 1998), on recommande les principes de dépistage suivants.

Rétinopathie

- On devrait effectuer le dépistage et l'évaluation de la rétinopathie annuellement, en commençant 5 ans après la survenue du diabète pour les personnes âgées de 15 ans ou plus souffrant d'un diabète de type 1, et dès l'établissement du diagnostic pour toute personne souffrant d'un diabète de type 2.
- L'intervalle entre les examens de suivi dépendra de la gravité de la rétinopathie.
- Pour les personnes atteintes d'un diabète de type 2 avec rétinopathie minime ou nulle, on recommande un intervalle de 2 ans, et qui en tout état de cause ne devrait pas être de plus de 4 ans.
- Tout client montrant des signes de rétinopathie doit être orienté vers un ophtalmologiste.
- On peut prévenir l'apparition et la progression d'une rétinopathie en assurant un contrôle métabolique optimal.

Néphropathie

- La néphropathie diabétique est au Canada la principale cause d'insuffisance rénale terminale.
- Dans la lutte contre la néphropathie, il faut mettre l'accent sur la prévention des complications par un dépistage et une détection précoces.
- Une microalbuminurie élevée est le signe clinique le plus précoce et fiable d'une néphropathie associée à un diabète de type 1 ou 2.
- Le dépistage de la néphropathie devrait débuter 5 ans après la survenue du diabète pour les personnes âgées de 15 ans ou plus souffrant d'un diabète de type 1, et dès l'établissement du diagnostic pour toute personne souffrant d'un diabète de type 2.
- Le test de dépistage recommandé est la mesure du ratio albumine/créatinine dans un échantillon d'urine prélevé au hasard durant la journée; si le ratio est anormal, on devrait effectuer un examen des urines recueillies pendant 24 heures pour rechercher une microalbuminurie.
- Une fois la néphropathie diagnostiquée, la surveillance effectuée dans le cadre du suivi (deux fois par an) devrait comprendre la mesure du potassium et de la créatinine sériques ainsi que la collecte des urines pendant 24 heures visant à mesurer les protéines totales et la clairance de la créatinine.

Neuropathie

- Une neuropathie détectable se développe dans les 10 ans suivant la survenue du diabète, de l'un ou l'autre type, chez 40 à 50% des patients.
- On devrait dépister la neuropathie périphérique chaque année pour repérer les personnes présentant un risque d'ulcérations au pied.
- On peut détecter la neuropathie en vérifiant s'il y a diminution ou perte de la sensibilité vibratoire, diminution de la sensibilité tactile (examen avec monofilament de calibre 10), ou diminution ou absence du réflexe achilléen.

Maladies cardiovasculaires

- Il faut encourager les personnes souffrant d'un diabète de type 1 ou de type 2 à adopter des habitudes de vie saines pour réduire le risque de coronaropathie.
- Les clients devraient s'alimenter sainement et maintenir un poids-santé, faire régulièrement de l'exercice physique et arrêter de fumer.
- Il faudrait effectuer un profil lipidique à jeun (cholestérol total, triglycérides, cholestérol HDL et cholestérol LDL calculé) chez les adultes diabétiques tous les 1-3 ans selon les indications cliniques.
- Il faudrait traiter la dyslipidémie à titre de prévention primaire et secondaire de la coronaropathie.
- L'hypertension (tension artérielle > 140/90 mm Hg) chez les personnes souffrant du diabète sucré devrait être traitée énergiquement.
- Le *United Kingdom Prospective Diabetes Study Group* (1998) a montré que le contrôle rigoureux de la tension artérielle (cibles tensionnelles < 150/80 mm Hg) peut réduire encore davantage que le contrôle strict de la glycémie le risque de mortalité et de complications du diabète découlant d'accidents cardiovasculaires, comme l'infarctus du myocarde ou l'accident vasculaire cérébral.

HYPERTHYROÏDIE

DÉFINITION

Forme de thyrotoxicose dans laquelle la sécrétion d'hormone thyroïdienne est excessive.

CAUSES

- Maladie de Basedow (ou de Graves)
- Goitre multinodulaire toxique (qui se développe en réponse à une demande métabolique particulière, p. ex. durant la grossesse)
- Cancer de la glande thyroïde
- La thyroïdite post-partum (survenant 2-6 mois après l'accouchement) est une forme bénigne et de courte durée.

Facteurs de risque

- *Pour la maladie de Basedow :* antécédents familiaux confirmés, femmes âgées de 20-40 ans, autres troubles autoimmuns
- *Pour le goitre multinodulaire toxique :* âge avancé, exposition récente à un produit pharmaceutique renfermant de l'iode (p. ex. amiodarone ou substance de contraste radiologique); goitre simple de longue date; certains états comme la puberté ou la grossesse; affections immunologiques, virales ou génétiques

SYMPTOMATOLOGIE

- Se déclare habituellement chez des femmes de 20 à 40 ans
- Symptômes (indiqués ci-dessous) de sévérité variable
- Fatigue, faiblesse
- Insomnie
- Perte de poids sans modification du régime alimentaire ou de l'appétit
- Thermophobie
- Transpiration excessive
- Altérations de la défécation (p. ex. diarrhée, constipation)
- Modifications des menstruations (p. ex. réduction de leur fréquence)
- Agitation, nervosité, irritabilité
- Incapacité de se concentrer
- Sautes d'humeur (de la dépression à l'euphorie extrême)
- Altérations oculaires (p. ex. diplopie, photophobie, irritation des yeux, exophtalmie, diminution du clignement)
- Difficulté d'avaler, voix enrouée
- Palpitations
- Dyspnée, fatigue ou douleurs thoraciques d'effort
- Œdème (p. ex. péri-orbitaire, aux pieds et aux chevilles)
- Perte de cheveux, altération de la texture des cheveux (ils deviennent fins et soyeux)

Personnes âgées :

- Peuvent ne pas présenter les symptômes classiques
- Habituellement seulement trois signes cliniques : fatigue, perte de poids, tachycardie
- Goitre beaucoup moins fréquent dans ce groupe d'âge

Femmes enceintes :

- L'iode radioactif est contre-indiqué durant la grossesse.
- Le propylthiouracile est le médicament indiqué durant la grossesse; cependant, il peut induire l'hypothyroïdie ou le crétinisme chez le fœtus.
- La thyrotoxicose peut s'atténuer durant la grossesse, mais récidivera dans le post-partum.

OBSERVATIONS

- Tachycardie, arythmie cardiaque possible (le client peut présenter une fibrillation auriculaire)
- Tension artérielle : hypertension systolique possible
- Perte de poids
- Peau chaude, moite et fine; sudation des paumes possible
- Cheveux fins et soyeux
- Yeux exorbités ou globuleux, regard fixe; asynergie oculopalpébrale (exophtalmie)
- Hypertrophie de la glande thyroïde chez seulement 50 % des patients
- Glande thyroïde hypertrophiée diffusément, lisse, pouvant être asymétrique et nodulaire; un frémissement palpatoire pourrait être senti ou un bruit entendu directement sur la glande
- Cœur : choc de la pointe déplacé si la thyroïde est hypertrophiée; possibilité de frémissements palpatoires ou de souffle systolique
- Poumons normaux sauf s'il y a insuffisance cardiaque
- Hypertrophie du foie et de la rate
- Mains : possibilité de tremblements fins au repos
- Jambes : œdème bilatéral qui ne prend pas le godet (myxoedème prétibial)
- Réflexes hyperactifs

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Thyroïdite transitoire
- Cancer de la thyroïde
- Phéochromocytome
- Ménopause
- Anxiété

COMPLICATIONS

- Exophtalmie
- Perte de la vue
- Érosions de la cornée
- Fibrillation auriculaire
- Angine
- Insuffisance cardiaque
- Hypertension
- Crise thyrotoxique (rare)
- Ostéoporose (chez les femmes âgées)

TESTS DIAGNOSTIQUES

Dosage de la thyrotropine (TSH) (sa concentration sera diminuée) et de la thyroxine (T_4) (sa concentration sera augmentée)

TRAITEMENT

Objectifs

– Déceler les complications (p. ex. cardiaques, oculaires)
– Soulager les symptômes
– Rétablir l'état euthyroïdien
– Prévenir les complications

Consultation

Consultez un médecin. Les clients souffrant d'hyperthyroïdie ont besoin d'examens et d'un traitement plus poussés qui débordent du champ de pratique du personnel infirmier.

Interventions non pharmacologiques

– Modifications du régime alimentaire : régime hypercalorique, collations nutritives fréquentes, consommation restreinte de caféine
– Périodes de repos fréquentes pour éviter la fatigue
– Protection des yeux pour prévenir l'irritation et les abrasions : lunettes de soleil, pansements oculaires la nuit, utilisation de larmes artificielles pour prévenir l'assèchement

Éducation du client

– Expliquez l'évolution de la maladie et le pronostic
– Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, effets secondaires, évitement de toute cessation brusque)

Interventions pharmacologiques

On peut traiter définitivement l'hyperthyroïdie avec l'iode radioactif ou par des médicaments.

Traitement par l'iode radioactif

Une seule dose suffit habituellement. L'hypothyroïdie permanente nécessitant un traitement supplétif à vie est la complication notable.

Traitement médicamenteux

Médicaments antithyroïdiens (p. ex. le propylthiouracile) qui inhibent la synthèse de l'hormone thyréotrope (aussi appelée thyrotropine). Amélioration clinique en 2-3 semaines, rétablissement de l'état euthyroïdien en 4-6 semaines en moyenne.

Surveillance et suivi

– Les clients traités par l'iode radioactif doivent être vus une fois par mois jusqu'au rétablissement de l'euthyroïdie; par la suite, suivi aux six mois.
– Surveillez le taux de TSH pour détecter l'apparition possible d'une hypothyroïdie.
– Les femmes âgées souffrant d'hyperthyroïdie présentent un risque plus élevé de perte osseuse accélérée; envisagez une surveillance annuelle de la densité osseuse chez ces clientes.

Orientation vers d'autres ressources médicales

– Une fois le diagnostic établi, adressez le client à un médecin.
– Les clients présentant des symptômes oculaires doivent être adressés à un ophtalmologiste.

HYPOTHYROÏDIE

DÉFINITION

État clinique résultant d'une sécrétion diminuée d'hormones thyroïdiennes ou d'une résistance à l'action de ces hormones; il en découle un ralentissement progressif de toutes les fonctions corporelles. Le myxoedème est la forme la plus grave d'hypothyroïdie.

CAUSES

Hypothyroïdie primitive

– Diminution idiopathique de la production d'hormones
– Thyroïdite autoimmune (thyroïdite d'Hashimoto)
– Déficit en iode endémique
– Anomalies congénitales

Hypothyroïdie secondaire

– Traitement à l'iode radioactif
– Thyroïdectomie
– Hormonothérapie thyroïdienne substitutive dont la dose hormonale est insuffisante
– Thyroïdite subaiguë (secondaire à une maladie virale)
– Thyroïdite bactérienne aiguë (rare)
– Fréquente dans le post-partum sous la forme d'une thyroïdite granulomateuse (subaiguë)
– Défaut de stimulation par l'axe hypophysaire ou l'axe hypothalamique (maladie de l'hypophyse ou des glandes surrénales)

Facteurs de risque

- Femmes de plus de 40 ans (risque le plus élevé)
- Présence d'une autre affection autoimmune
- Infection virale ou bactérienne aiguë récente
- Traitement à l'iode radioactif
- Thyroïdectomie
- Maladie hypophysaire ou hypothalamique avérée
- Post-partum

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes peuvent être subtils et insidieux.

Symptômes précoces

- Faiblesse
- Fatigue
- Frilosité
- Léthargie
- Peau sèche et squameuse
- Céphalée
- Ménorragie
- Anorexie

Symptômes tardifs

- Ralentissement de l'activité intellectuelle et motrice
- Absence de transpiration
- Légère prise de poids
- Constipation
- Œdème péri-orbitaire et périphérique
- Pâleur
- Enrouement
- Émoussement du goût et de l'odorat
- Douleurs et raideur musculaire
- Dyspnée
- Surdité
- Cessation des menstruations
- Cécité nocturne
- Dépression
- Stérilité

OBSERVATIONS

- Fréquence cardiaque diminuée
- Tension artérielle normale (hypertension diastolique possible)
- Hypotension orthostatique (en présence d'une insuffisance hypophysaire ou hypothalamique)
- Pâleur faciale
- Ictère possible
- Bouffissure faciale et palpébrale (myxœdème)
- Ongles minces et cassants
- Cheveux rugueux et clairsemés
- Purpura dans certains cas
- Épaississement du nez et des lèvres dans les cas avancés
- Signe du pli cutané
- Peau sèche, rugueuse et épaissie
- Hypertrophie possible de la glande thyroïde
- Épanchement pleural possible
- Déplacement du choc de la pointe (s'il y a hypertrophie du ventricule gauche)
- Bruits du cœur pouvant sembler distants
- Diminution des réflexes tendineux profonds (réflexe achilléen)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Cancer de la thyroïde
- Syndrome de maladies générales chez un euthyroïdien
- Syndrome néphrotique
- Néphrite
- Dépression
- Démence d'origine autre
- Insuffisance cardiaque

COMPLICATIONS

- Coronaropathie, insuffisance cardiaque congestive
- Constipation, mégacôlon
- Diminution de la résistance à l'infection
- Troubles mentaux, dont la dépression et la psychose d'origine organique
- Coma myxœdémateux
- Stérilité
- Hypersensibilité aux opiacés
- Crise aiguë d'insuffisance surrénale découlant d'un traitement énergique
- Déminéralisation osseuse découlant d'un traitement excessif et prolongé

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Dosage de la TSH (sa concentration sera élevée) et de la T_4 (sa concentration sera diminuée)
- Formule sanguine (taux d'hémoglobine parfois diminué)
- Dosage du cholestérol et des triglycérides (hyperlipidémie fréquente)
- Examen des fonctions hépatiques (si présence d'ictère)

TRAITEMENT

Objectifs

- Rétablir l'état euthyroïdien
- Prévenir les complications

Consultation

Consultez un médecin si le taux de TSH est élevé. Les clients atteints d'hypothyroïdie peuvent avoir besoin d'examens plus approfondis, et la mise en route d'une hormonothérapie thyroïdienne substitutive peut s'avérer nécessaire.

Interventions non pharmacologiques

Éducation du client

- Expliquez la nature, l'évolution et le pronostic de la maladie.
- Expliquez au client l'utilisation appropriée des médicaments, notamment leurs effets secondaires.
- Si le client doit être traité à vie, soulignez l'importance de ce traitement au long cours, de même que les dangers auxquels il s'expose s'il ne prend pas ses médicaments.
- Renseignez le client sur les signes et les symptômes de l'hyperthyroïdie (indiquant que la dose du médicament est excessive) et de l'hypothyroïdie (indiquant que la dose du médicament est insuffisante).
- Conseillez le client quant à son alimentation (p. ex. plus de fibres et de liquides pour prévenir la constipation).

Interventions pharmacologiques

lévothyroxine (Eltroxin) (**médicament de classe B**), 100-150 µg PO par jour

On doit viser la plus faible dose permettant de maintenir l'état euthyroïdien. Le médicament doit être pris à jeun, les fibres alimentaires pouvant en entraver l'absorption.

Surveillance et suivi

- Assurez un suivi aux six semaines jusqu'à stabilisation.
- Surveillez le poids, la tension artérielle et le niveau d'énergie.
- Évaluez l'adhésion au traitement médicamenteux.
- Dosez les taux de TSH et de T_4 toutes les six semaines jusqu'à atteinte de l'état euthyroïdien.
- Revoyez le client tous les 6-12 mois une fois le taux de TSH redevenu normal.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Prévoyez un suivi auprès d'un médecin :

- durant la phase initiale d'une hormonothérapie thyroïdienne substitutive
- si les symptômes ne sont pas maîtrisés par le traitement
- s'il y a des signes de complications
- une fois par an quand la dose d'entretien est établie

OSTÉOPOROSE

DÉFINITION

Trouble généralisé et progressif du métabolisme osseux caractérisé par une diminution de la masse du tissu osseux, provoquant une diminution de la résistance osseuse.

CAUSES

Rarement causée par un seul facteur

Ostéoporose primitive

- Type I : causé par des modifications endocriniennes postménopausiques, et survenant entre 51 et 75 ans
- Type II : causé probablement par une réduction liée au vieillissement de la synthèse de la vitamine D ou à une résistance à la vitamine D, et survenant chez les personnes de plus de 70 ans

Ostéoporose secondaire

- Origine endocrinienne : excès de glucocorticoïdes, hyperthyroïdie, hyperparathyroïdie, diabète sucré
- Origine médicamenteuse : corticostéroïdes, barbituriques, héparine, hormones thyroïdiennes
- Autres causes : insuffisance rénale chronique, maladie hépatique, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), polyarthrite rhumatoïde, néoplasie, syndrome de Cushing, myélome multiple

Facteurs de risque

- Antécédents familiaux
- Vieillissement
- Sexe féminin
- Faible masse osseuse initiale (maigreur)
- Ménopause (insuffisance œstrogénique)
- Apport ou absorption insuffisants de calcium et de vitamine D
- Tabagisme
- Consommation d’alcool excessive
- Consommation de café excessive
- Sédentarité (les os et les articulations sont peu sollicités)

SYMPTOMATOLOGIE

- Femme ménopausée (90 % des cas)
- Douleurs osseuses généralisées, particulièrement dans la région lombaire
- Fractures spontanées, souvent des vertèbres supportant le poids du corps
- Modifications structurales progressives de la colonne vertébrale (p.ex. cyphose et lordose)
- Diminution de la taille
- Des traumatismes minimes peuvent causer des fractures de la hanche ou de la partie distale du radius (fracture de Pouteau-Colles).

OBSERVATIONS

- Habituellement chez les femmes âgées maigres et frêles
- Déformations osseuses de degrés divers, souvent de la colonne vertébrale (cyphose)
- Diminution de la taille (par rapport à une mesure antérieure de la taille)
- Douleur aux os possible à la palpation profonde (particulièrement au tibia)
- Difficulté à se mouvoir

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Chez les femmes préménopausées et les hommes, écartez les maladies organiques (Voir la section « *Causes – Ostéoporose secondaire » plus haut*)
- Arthrose
- Néphropathie ou collagénose
- Métastases osseuses
- Myélome multiple
- Hyperthyroïdie

COMPLICATIONS

- Fractures vertébrales par tassement
- Fractures physiologiques
- Douleur et invalidité chroniques

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Tests de dépistage : formule sanguine et vitesse de sédimentation globulaire (VSG); taux de glucose, de TSH, de parathormone, d’œstrogène, de phosphatases alcalines, de calcium et de vitamine D
- Densitométrie osseuse (vous ne devez cependant prescrire cet examen qu’après avoir consulté un médecin)

TRAITEMENT

Objectifs

- Réaliser une prévention primaire
- Réduire le taux de perte osseuse chez les clients âgés
- Détecter et traiter les fractures

Interventions non pharmacologiques

- Veillez à ce que l’apport alimentaire de calcium et de vitamine D soit suffisant (le saumon, les sardines, les légumes verts, les fromages et le lait écrémé sont des sources alimentaires de calcium).
- Recommandez au client de faire de l’exercice régulièrement (une marche de 50-60 minutes trois fois par semaine est idéale).
- Aidez les fumeurs à abandonner le tabac en leur fournissant des conseils.
- Encouragez l’abandon de l’alcool et de la caféine.
- Évaluez les risques que peut présenter le domicile des clients qui ont des problèmes de mobilité; proposez des modifications ou fournissez des aides techniques au besoin.

Éducation du client

- Expliquez l’évolution et le pronostic de la maladie; il s’agit d’une affection chronique qui peut être maîtrisée mais non guérie; la douleur est souvent chronique.
- Expliquez au client l’utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, effets secondaires, importance d’observer le traitement).
- Conseillez au client de revenir à la clinique si la douleur change ou s’accroît.

Interventions pharmacologiques

Traitement préventif

Supplémentation de calcium et de vitamine D

Calcium élémentaire, 1 000 mg par jour, pour toutes les femmes ménopausées (augmentez la dose à 1 500 mg si la cliente ne reçoit pas une hormonothérapie substitutive [HTS])

Vitamine D, 400 UI par jour, pour toutes les femmes ménopausées (augmentez la dose à 800 UI si la cliente ne reçoit pas une hormonothérapie substitutive [HTS])

Si l'apport alimentaire est insuffisant :

carbonate de calcium (Apo-cal) (**médicament de classe B**), 500 mg, 1 comprimé PO bid-tid

avec ou sans

vitamine D (**médicament de classe B**), 400-800 UI par jour

Hormonothérapie substitutive

œstrogènes (Prémarine) (**médicament de classe B**), 0,625 mg PO par jour

et

progestérone (Provera) (**médicament de classe B**) si l'utérus est intact

Traitement

Les femmes souffrant d'une ostéoporose symptomatique qui ne peuvent ou ne veulent pas prendre d'œstrogènes pourraient recevoir un traitement au bisphophonate, p. ex. à l'étidronate (Didrocal) (**médicament de classe B**).

Surveillance et suivi

- Les femmes doivent passer un test de Papanicola ou quand une HTS est mise en route, et être vues 1-2 mois plus tard.
- Chez les femmes recevant un traitement pour une ostéoporose installée, on doit mesurer la densité osseuse tous les 1,5-2 ans jusqu'à ce que l'état clinique soit stabilisé.

Les personnes qui prennent des suppléments calciques peuvent développer des calculs rénaux.

Certaines femmes ne répondent pas à la HTS et continuent de perdre du tissu osseux. Il est indiqué de surveiller plus étroitement celles qui présentent un risque élevé d'ostéoporose.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez les clients suivants à un médecin pour évaluation :

- femmes en ménopause (en vue d'une hormonothérapie substitutive à des fins prophylactiques)
- femmes présentant un risque élevé ou des signes cliniques d'ostéoporose
- toute personne chez qui vous soupçonnez une fracture

URGENCES MÉTABOLIQUES

ACIDOCÉTOSE DIABÉTIQUE

DÉFINITION

Affection due à une carence insulinique, caractérisée par une hyperglycémie, une cétonémie, une cétonurie, une acidose et une déshydratation.

CAUSES

L'acidocétose peut être la manifestation initiale d'un diabète sucré de type 1.

- Non-respect du régime alimentaire prescrit
- Administration inadéquate de l'insuline
- Maladie ou infection concomitante, ou incapacité d'ajuster le traitement médicamenteux du diabète quand survient une maladie concomitante.
- Insuline inadéquate (dose, type)

SYMPTOMATOLOGIE

- Installation graduelle
- Malaise, faiblesse, fatigue marquée
- Soif
- Polyurie, polydipsie, polyphagie
- Perte de poids
- Anorexie
- Nausées et vomissements
- Douleurs abdominales
- Douleurs musculaires
- Céphalée
- Vue brouillée
- Paresthésie réversible du bouts des doigts

OBSERVATIONS

- Le client paraît malade
- Température normale sauf en présence d'une infection intercurrente
- Fréquence cardiaque élevée
- Respiration profonde et rapide (dyspnée de Kussmaul)
- Tension artérielle normale ou basse
- Hypotension orthostatique
- Degré de conscience pouvant être diminué
- Odeur acétonique de l'haleine
- Muqueuses sèches
- Peau chaude et sèche, avec persistance du pli cutanée

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Hypoglycémie
- Autres causes de stupeur ou de coma (p ex. accident vasculaire cérébral, traumatisme crânien, surconsommation d'alcool ou surdose de drogue)

COMPLICATIONS

- Déshydratation sévère
- Déséquilibre électrolytique (p. ex. hyponatrémie, hypokaliémie, hyperkaliémie, bicarbonate sérique diminué)
- Œdème cérébral causé par une réhydratation trop énergique
- Hypoglycémie causée par la surcorrection d'une hyperglycémie
- Dilatation aiguë de l'estomac
- Iléus paralytique

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Mesurez la concentration des corps cétoniques dans l'urine.
- Effectuez une détermination au hasard de la glycémie au moyen d'un glucomètre.
- Prélevez du sang pour la détermination des taux initiaux de créatinine et d'électrolytes, ainsi que pour la formule sanguine.
- Si le client est âgé, prélevez aussi du sang pour le dosage des enzymes cardiaques.
- L'ECG peut être utile : recherchez l'onde T ample et pointue de l'hyperkaliémie, ainsi que les signes d'infarctus silencieux du myocarde chez le client diabétique âgé.

TRAITEMENT

La correction de l'acidocétose diabétique doit être graduelle pour prévenir une surcorrection.

Objectifs

- Évaluer et stabiliser les voies respiratoires, la respiration et la circulation (l'ABC) : assurez-vous que les voies respiratoires sont libres et protégées, et que la ventilation soit adéquate chez tout client dont le degré de conscience est diminué.
- Réhydrater
- Déterminer les causes déterminantes
- Traiter toute cause sous-jacente (p. ex. infection)
- Abaisser la glycémie à environ 13,8 mmol/l

Consultation

Consultez un médecin immédiatement après stabilisation de l'ABC.

Traitement adjuvant

Administrez de l'oxygène à raison de 4-6 l/min ou plus selon les besoins; maintenez la saturation en oxygène au-dessus de 97 %-98 %.

Traitement intraveineux

La réhydratation aidera à réduire la glycémie.

- Amorcez un traitement IV avec du soluté physiologique de NaCl à 0,9 %.
- Maintenez le débit à 500-1 000 ml/h (10-20 ml/kg par heure) durant 1-4 heures.
- Passez ensuite à un soluté de NaCl à 0,45 % (si disponible).
- Maintenez le débit à environ 250-500 ml/h durant 4-6 heures.
- Ensuite, ajustez le débit de perfusion selon la réponse clinique, l'équilibre hydrique du client et le débit urinaire.

Quand la glycémie baisse à 11 mmol/l, passez à un soluté glucosé à 5 % et perfusez à raison de 100 ml/h pour réduire le risque d'hypoglycémie.

Interventions non pharmacologiques

- Mettez en place une sonde urinaire à demeure.
- Insérez un tube naso-gastrique si le client est comateux.

Interventions pharmacologiques

Consultez un médecin pour la mise en route d'un traitement insulinique.

On utilise généralement l'insuline Humulin ordinaire, à moins qu'on sache que le client prend de l'insuline animale.

Dose initiale en embol :

insuline ordinaire (**médicament de classe B**), 0,1-0,2 u/kg IV immédiatement

Le dosage subséquent dépendra de la vitesse à laquelle la glycémie s'abaisse. On doit viser une diminution de la glycémie de 2,5-3,0 mmol par heure.

Surveillance et suivi

- Vérifiez la glycémie chaque heure et avant d'administrer l'insuline : évitez des baisses de plus de 5,5 mmol par heure.
- Surveillez fréquemment la fréquence cardiaque, la tension artérielle, les variations de la tension artérielle orthostatique, et l'état mental.
- Effectuez une surveillance cardiaque, si possible.
- Mesurez l'apport liquidien et le débit urinaire chaque heure; recherchez des cétones dans les urines chaque heure (l'hyperglycémie disparaîtra avant la cétonurie).
- Évaluez le débit urinaire; compensez les pertes urinaires qui excèdent le volume maximum normal en ajustant le débit de perfusion IV (le débit urinaire maximum normal est de 2 ml/kg par heure).
- Le patient peut ingérer des liquides s'il peut les tolérer.

Orientation

Procédez à l'évacuation médicale le plus rapidement possible.

HYPOGLYCÉMIE

DÉFINITION

Glycémie anormalement basse.

CAUSES

- Repas manqué
- Apport calorique total insuffisant
- Effort physique inhabituel
- Erreur dans le dosage de l'insuline
- Surdose d'insuline
- Diabète labile

SYMPTOMATOLOGIE

- Survenue brutale
- Faim
- Transpiration
- Tremblements
- Anxiété, agitation
- Lipothymie, faiblesse
- Nausées
- Palpitations
- Évolution vers une confusion mentale, un comportement inapproprié, des modifications de la personnalité, une altération de la conscience, des évanouissements et des convulsions.

OBSERVATIONS

- Fréquence cardiaque accélérée
- Tension artérielle élevée
- Pâleur
- Transpiration profuse
- Anxiété, agitation
- Tremblements
- Confusion
- Comportement bizarre ou agressif
- Démarche titubante, pouvant évoquer un état d'ébriété
- Personne inconsciente ou en proie à des convulsions
- Peau moite et froide

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Intoxication alcoolique
- Hypoglycémie alcoolique
- Hypoglycémie induite par les médicaments (p. ex. surdose)

COMPLICATIONS

- Lésions dues à des chutes
- Hypoxie cérébrale
- Convulsions
- Décès

TESTS DIAGNOSTIQUES

Mesurez la glycémie avec un glucomètre (sous 3,3 mmol/l, des symptômes adrénergiques apparaissent; à 2,8 mmol/l ou moins, le client aura des symptômes neuroglycopéniques).

TRAITEMENT

Objectifs

- Augmenter la glycémie rapidement
- Déceler toute maladie intercurrente ou lésion associée

Interventions non pharmacologiques

- Évaluez et stabilisez l'ABC
- Assurez-vous que les voies respiratoires sont libres et protégées, et que la ventilation est adéquate
- Donnez au client, s'il est conscient, 12 oz (360 ml) de jus d'orange sucré ou quelque autre forme de sucre rapide.
- Si le client prend de l'acarbose en concomitance avec de l'insuline ou des sulphonylurées, utilisez du lait ou des comprimés de glucose.

Traitement adjuvant

Un traitement adjuvant doit être effectué si le client est pris de nausée ou est stuporeux ou inconscient, ou ne peut recevoir un traitement oral.

- Administrez de l'oxygène à raison de 4-6 l/min ou plus selon les besoins; maintenez la saturation en oxygène au-dessus de 97 %-98 %.
- Amorcez un traitement IV avec un soluté de dextrose à 5 % (D5W) perfusé à raison de 100-150 ml/h

Interventions pharmacologiques

dextrose (**médicament de classe D**), soluté à 50 %, seringue pré-remplie, 25-50 ml IV immédiatement en 1-3 minutes

ou

glucagon (**médicament de classe D**), 0,5-1,0 mg SC, IM ou IV

Surveillance et suivi

- Observez la réponse au traitement.
- Revérifiez la glycémie immédiatement.
- Quand le client reprend conscience ou se remet, procédez à une anamnèse détaillée et à un examen approfondi.
- Recherchez une maladie associée, un épisode hypoglycémique antérieur, un traumatisme crânien ou une autre lésion.
- Donnez au client un repas équilibré.
- Surveillez la glycémie chaque heure avec un glucomètre de façon à détecter toute récurrence de l'hypoglycémie.

Consultation

Consultez un médecin le plus rapidement possible après les interventions d'urgence pour discuter des autres soins à prodiguer, à moins que la cause de l'hypoglycémie soit évidente.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale du client si vous n'arrivez pas à stabiliser la glycémie ou si la cause sous-jacente n'est pas évidente; autrement, renvoyez le client à son domicile une fois son état stabilisé.

Critères d'admission

- La cause de l'épisode n'est pas évidente.
- Le client prend un agent hypoglycémiant oral ou de l'insuline à action prolongée.
- Le client souffre de déficits neurologiques persistants.

On peut envisager de donner son congé au client après un repas riche en glucides si :

- la cause de l'épisode hypoglycémique a été établie avec certitude et traitée.
- l'épisode a été résolu rapidement.

CHAPITRE 11 – MALADIES TRANSMISSIBLES

Table des matières

Maladies transmissibles chez les enfants

Pour de plus amples renseignements sur les maladies transmissibles qui touchent particulièrement les enfants, consultez les *Directives de pédiatrie clinique pour les postes infirmiers du Nord* (Direction générale des services médicaux, Santé Canada, 1995). Ces lignes directrices portent sur les maladies suivantes :

- Diphtérie
- Coqueluche
- Rougeole
- Oreillons
- Rubéole
- Varicelle
- Botulisme
- Oxyure
- Méningite
- Syndrome d'immunodéficience acquise (sida)

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Pour de plus amples renseignements sur l'infection par le VIH et le sida, consultez les *Directives applicables aux programmes et services de la DGSM en matière de VIH et de sida* (Direction générale des services médicaux, Santé Canada, 1995).

Immunisation

Pour de plus amples renseignements sur la vaccination et l'immunisation, consultez le *Guide canadien d'immunisation*, 5e éd. (Santé Canada, 1998).

MALADIES TRANSMISSIBLES COURANTES

MALADIES TRANSMISES SEXUELLEMENT

ANAMNÈSE ET EXAMEN PHYSIQUE

Tout praticien qui examine un cas potentiel de maladie transmise sexuellement (MTS) doit obtenir l'information ci-dessous sans porter de jugement et en se fondant sur des faits.

Antécédents généraux

Il est important d'obtenir en détail les antécédents sexuels du client.

– Site(s) de contact sexuel (vaginal, oral, anal)
– Orientation sexuelle (homosexualité, bisexualité, hétérosexualité)
– Recours à des condoms afin de prévenir les MTS
– Recours à d'autres méthodes de contraception
– Nombre de partenaires sexuels récents
– Relations sexuelles avec des utilisateurs de drogues injectables
– Échange de faveurs sexuelles en retour d'argent ou de drogues
– Temps écoulé depuis la dernière relation sexuelle
– Antécédents de MTS
– Symptômes actuels de MTS chez le client et son ou ses partenaires
– Usage de drogues injectables, partage d'aiguilles
– Enflure des ganglions lymphatiques
– Fièvre ou frissonnements

Symptomatologie spécifique

Hommes

– Écoulement urétral : quantité, couleur, moment de la journée où il est le plus abondant (dans les cas d'urétrite, l'écoulement est particulièrement abondant après une longue période sans miction)
– Dysurie
– Démangeaison ou irritation au niveau de l'urètre distal ou du méat urinaire
– Douleur ou œdème au niveau du scrotum ou de la région inguinale
– Irritation ou lésions aux organes génitaux
– Démangeaison, douleur ou écoulement au rectum
– Douleur articulaire, arthrite, conjonctivite, irritation à d'autres régions du corps

Femmes

– Pertes vaginales : quantité et couleur, présence de démangeaisons
– Douleur à la pénétration ou dyspareunie profonde
– Brûlure à la miction (lorsque l'urine coule sur les organes génitaux externes)
– Lésions ou irritation aux organes génitaux
– Douleur au bas-ventre
– Saignements abondants après le coït, métrorragie ou ménorragie
– Dysurie, fréquence exagérée des mictions, envie impérieuse, nycturie, hématurie
– Douleur articulaire, arthrite, conjonctivite, irritation à d'autres régions du corps, enflure des ganglions lymphatiques, fièvre
– Date des dernières menstruations et possibilité de grossesse

EXAMEN PHYSIQUE

Si on soupçonne une MTS, il faut examiner de manière détaillée et rigoureuse la région génito-urinaire. Il faut également procéder à un examen extragénital afin de déceler toute autre manifestation de la MTS soupçonnée. Il ne faut pas non plus oublier de vérifier si les poils pubiens présentent des poux et des lentes ou si la région périanale comporte des anomalies.

Accordez une attention particulière au pharynx, à la conjonctive, aux ganglions lymphatiques, aux articulations ainsi qu'à la peau du bas-ventre, des cuisses, des paumes de la main, des avant-bras et de la plante des pieds.

Examen physique

Hommes

– Examinez et palpez le pénis et le gland pour vérifier la présence de lésions.
– Rétractez le prépuce si nécessaire.
– Examinez le méat pour voir s'il y a un écoulement urétral.
– Comprimez l'urètre de la base jusqu'au gland trois ou quatre fois pour voir s'il y a un écoulement.
– Examinez et palpez le scrotum pour vérifier la présence de chaleur, de sensibilité, d'œdème ou de lésions.
– Examinez la région périanale.

Femmes

- Il faut examiner la région génitale à l'aide d'un spéculum afin de voir adéquatement le col de l'utérus.
- Examinez et palpez les organes génitaux externes, y compris les lèvres, pour vérifier la présence d'une lésion, d'œdème, d'érythème ou d'un écoulement.
- Vérifiez la couleur des parois vaginales.
- Observez l'écoulement endocervical et vaginal (quantité et couleur).
- Essuyez les sécrétions du col et vérifiez les signes d'érythème et d'œdème.
- Surveillez les saignements provoqués par l'usage d'écouvillons endocervicaux.

Diagnostic différentiel des MTS

Les signes et les symptômes du client peuvent évoquer une MTS précise (voir le tableau 1).

Tests diagnostiques

Hommes

- Effectuez des prélèvements dans l'urètre, le rectum et le pharynx en vue de cultures pour détecter *Chlamydia* et *Neisseria gonorrheae.*
- Prélevez un échantillon en vue d'un test VDRL (syphilis).
- Prélevez des échantillons en vue de cultures virales (p. ex. herpès; examen au microscope à fond noir pour dépister la syphilis), si la région génitale présente des lésions.
- Offrez des services de counselling relativement au VIH et de dépistage du virus si le client présente des facteurs de risque.

Tableau 1 : Signes et symptômes de certaines maladies transmises sexuellement

Signes et symptômes	Syndrome possible
Hommes	
Écoulement urétral, brûlure lors de la miction, démangeaison au niveau de l'urètre ou du méat urinaire	Urétrite
Lésions/ulcères génitaux douloureux, adénopathie inguinale	Ulcères génitaux (p. ex. herpès génital, syphilis, chancres mous)
Lésions génitales indolores avec ou sans adénopathie inguinale	Ulcères génitaux, verrues génitales (condylomes acuminés ou infection par le virus du papillome humain)
Douleur/enflure unilatérale aiguë au niveau du scrotum	Épididymite
Écoulement rectal, rectorragie, ténesme, constipation	Proctite
Femmes	
Écoulement vaginal, odeurs, démangeaisons génitales, dyspareunie au moment de la pénétration, dysurie externe	Vulvovaginite (p. ex. infection à *Trichonomas vaginalis*)
Apparition récente de douleurs abdominales, de saignements vaginaux inusités ou de dysparéunie profonde, avec ou sans écoulement génital	Cervicite ou infection génitale haute
Lésions/ulcères génitaux douloureux, adénopathie inguinale	Ulcères génitaux (p. ex. herpès génital, syphilis, chancres mous)
Lésions génitales indolores avec ou sans adénopathie inguinale	Ulcères génitaux, verrues génitales (condylomes acuminés ou infection au virus du papillome humain)
Écoulement rectal, rectorragie, ténesme, constipation	Proctite

Femmes

- Faites des prélèvements du col utérin, du rectum et du pharynx en vue de cultures pour détecter *Chlamydia*, *N. gonorrheae* et d'autres bactéries.
- Obtenez des préparations à l'état frais d'hydroxyde de potassium (dépistage de *Candida*) et de solution saline (dépistage de *Trichomonas* et de la vaginose bactérienne).
- Recherchez la présence de bâtonnets courts adhérant aux cellules épithéliales sur les préparations de solution saline.
- Vérifiez l'odeur des sécrétions vaginales.
- Offrez des services de counselling relativement au VIH et de dépistage du virus si la cliente présente des facteurs de risque.

TABLEAU CLINIQUE ET TRAITEMENT

Pour une description détaillée du tableau clinique et du traitement des patients atteints d'une MTS, consultez les *Lignes directrices canadiennes pour les MTS* (Santé Canada, 1998).

IDENTIFICATION ET SUIVI DES PARTENAIRES

Principes généraux

- Tout client présentant des symptômes d'une MTS devrait être considéré comme un cas index jusqu'à preuve du contraire.
- Examinez le client; prélevez les échantillons appropriés (écouvillonnage, prise de sang); donnez au client des médicaments comme si les résultats des analyses étaient positifs.
- Obtenez le nom de tous les partenaires sexuels du client au cours du dernier mois. Remplissez les formules appropriées et envoyez-les au service de la santé publique.
- Si les résultats des analyses sont négatifs, il n'est pas nécessaire de prendre d'autres mesures.
- Si les résultats des analyses sont positifs, communiquez avec les partenaires sexuels du client.
- Traitez chaque partenaire comme s'il était un nouveau cas index.
- Prélevez les échantillons appropriés (écouvillonnage, prise de sang) auprès de chaque partenaire.
- Donnez à chaque nouveau cas index des médicaments comme si les résultats des analyses étaient positifs.
- Donnez aux nouveaux cas index les antibiotiques appropriés au moment où ils se présentent, compte tenu des délais nécessaires pour obtenir les résultats des tests.
- N'oubliez pas que les maladies à déclaration obligatoire diffèrent selon les provinces/territoires. Apprenez quelles sont les maladies à déclaration obligatoire dans votre province/territoire, et signalez les cas en conséquence.

HÉPATITE

DÉFINITION

Inflammation des cellules hépatiques entraînant une nécrose et une stase biliaire.

CAUSES

Cinq virus distincts : virus de l'hépatite A, virus de l'hépatite B, virus de l'hépatite C, virus de l'hépatite D et virus de l'hépatite E (non recensé au Canada) (voir le tableau 2).

SYMPTOMATOLOGIE

Les cinq types d'hépatite sont semblables du point de vue du tableau clinique. Il est donc difficile de les différencier selon les symptômes du client. Pour obtenir un diagnostic exact, il faut recourir à des tests sérologiques. La sévérité des symptômes varie selon l'agent infectieux, et beaucoup de cas sont asymptomatiques.

- Fièvre (rare dans les cas d'hépatite B ou C, présente dans 60 % des cas d'hépatite A)
- Malaise
- Nausées et vomissements
- Anorexie
- Coloration foncée des urines (couleur du thé)
- Douleur abdominale, surtout dans le quadrant supérieur droit
- Ictère (chez 60 % des adultes infectés)
- Céphalées

Tableau 2 : Comparaison de cinq formes d'hépatite virale

Forme	Transmission	Durée d'incubation	Chronique
A	Oro-fécale	15-50 jours	Non
B	Parentérale, sexuelle, périnatale	45-160 jours	Oui (1 % des cas)
C	Parentérale	14-140 jours	Oui (70 % des cas)
D	Parentérale, peut coexister avec l'hépatite B	Inconnue	Oui
E	Oro-fécale	14-60 jours	Non

OBSERVATIONS

Les symptômes varient selon le stade de la maladie.

- Possibilité de fièvre pendant la phase pré-ictérique
- Le client semble légèrement ou moyennement incommodé.
- Léthargie
- Sclérotique jaune
- Peau jaune
- Le foie peut être sensible et œdématié, et ses extrémités, molles et lisses.
- Bruits intestinaux normaux
- Contusions (signe d'une maladie sévère)

DIAGNOSTIS DIFFÉRENTIEL

- Cancer du foie
- Cirrhose
- Mononucléose infectieuse
- Hépatite due à l'alcool
- Hépatite due à des médicaments
- Ictère obstructif

COMPLICATIONS

- Hépatite fulminante (se produit dans 0,1 % des cas, mais plus fréquente chez les femmes enceintes)
- Transmission aux proches ou à la communauté

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Prélevez un échantillon d'urine : coloration foncée (couleur du thé) des urines; les bandelettes réactives révèlent la présence de bilirubine
- Effectuez des examens de la fonction hépatique : élévation des taux d'AST (aspartate aminotransférase) et d'ALT (alanine aminotransférase) (élévation particulièrement marquée des taux d'ALT)
- Mesurez le taux de phosphatase alcaline (élévation légère ou modérée)
- Mesurez le taux de bilirubine (entre normal et très élevé)
- Effectuez des tests sérologiques de dépistage de l'hépatite (voir le tableau 3 pour les détails des résultats)

Il est impossible de différencier une recrudescence de l'hépatite B ou C chronique d'un cas d'hépatite aiguë; ce n'est qu'avec le temps qu'on peut identifier un porteur du virus.

TRAITEMENT

L'hépatite est une maladie contagieuse à déclaration obligatoire. Dans la plupart des cas, aucun traitement n'est indiqué, et la maladie disparaît après 4-8 semaines sans complications ni séquelles.

Bien que l'hépatite soit contagieuse surtout avant l'apparition de l'ictère, le virus peut être transmis jusqu'à une semaine après l'apparition de l'ictère.

Objectifs

- Prévenir la maladie
- Réduire au minimum les dommages au foie
- Prévenir la transmission de l'infection

Consultation

Consultez un médecin pour tous les cas d'hépatite, sauf s'il s'agit clairement d'une d'hépatite bénigne de type A, et pour les clients qui sont très mal en point au moment où ils se présentent.

Interventions non pharmacologiques

- Augmentation de l'hydratation (8-10 verres de liquides par jour)
- Alimentation adéquate, bien équilibrée
- Abstention d'alcool pendant 3-4 mois
- Activité physique, si elle est tolérée
- Le client ne devrait pas retourner travailler ni reprendre ses activités habituelles tant que ses symptômes ne sont pas disparus.

Éclosion d'hépatite A dans une communauté

Lorsqu'on observe une éclosion d'hépatite A dans une communauté, il faut aviser la population touchée des mesures de prévention suivantes :

- Purifier l'eau (la faire bouillir pendant 20 minutes) avant de la boire.
- Se laver les mains de manière impeccable afin de réduire la transmission par la voie oro-fécale.
- Éliminer les matières fécales de façon hygiénique.
- Utiliser des draps et de la vaisselle différents pour les personnes atteintes, mais le lavage adéquat de ces articles est plus important.

Interventions pharmacologiques

Traitez les symptômes tels que la fièvre, les nausées et les vomissements, la démangeaison et les douleurs abdominales :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 325 ou 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 heures au besoin

et

dimenhydrinate (Gravol) (**médicament de classe A**), 5 mg PO toutes les 6 heures au besoin

– Vérifiez si le client prend des médicaments hépatotoxiques; si oui, il doit interrompre ce traitement jusqu'à ce qu'il soit entièrement rétabli.
– La cliente doit *arrêter* de prendre des contraceptifs oraux afin de ne pas développer de symptômes cholestatiques; renseignez-la au sujet des autres méthodes de contraception.

Tableau 3 : Données sérologiques de l'hépatite virale

Forme	Marqueur sérologique	Interprétation
A	IgM anti-VHA	Maladie aiguë
	IgG anti-VHA	Infection à distance et immunité
B	AgHBs	Maladie aiguë ou chronique
	AgHBe	Réplication active
	IgM anti-AgHBc	Maladie aiguë
	IgG anti-AgHBc	Maladie aiguë
	• AgHbs positif	Maladie chronique
	• AgHbs négatif	Exposition antérieure
C	Anti-VHC	Maladie aiguë, chronique ou non résolue; co-infection par VIH
D	AgHBs et anti-VHD	Maladie aiguë
	• AgHBc positif pour l'IgM	Co-infection par le VHB
	• AgHBc positif pour l'IgG	Surinfection
E	Aucun	

VHA = virus de l'hépatite A, AgHBs = antigène de surface de l'hépatite B, AgHBe = antigène e de l'hépatite B, AgHBc = antigène central de l'hépatite B, VHC = virus de l'hépatite C, VHD = virus de l'hépatite D, VHB = virus de l'hépatite B

Surveillance et suivi

– Assurez le suivi de tous les cas d'hépatite A aiguë en réévaluant l'état du client après 24-48 heures. Ensuite, voyez le client chaque semaine pendant 2-4 semaines, puis à la sixième semaine, pour vérifier si les symptômes sont disparus.
– Répétez les examens des fonctions hépatiques à la sixième semaine (dans les cas d'hépatite B ou C aiguë, l'élévation du taux d'enzymes hépatiques peut être prolongée; les tests hépatiques devraient donc être répétés tous les trois mois jusqu'à ce que les taux redeviennent normaux).
– Les clients souffrant d'hépatite B ou C chronique devraient être vus tous les 3-4 mois afin de vérifier leurs signes et leurs symptomes. Le fonctionnement du foie devrait également être surveillé.

Orientation vers d'autres ressources médicales

– Dirigez vers un médecin tous les cas d'hépatite B, C ou D pour d'autres examens, diagnostic et investigations, car toutes les formes d'hépatite (sauf l'hépatite A) peuvent devenir chroniques.
– Procédez à l'évacuation médicale de tout client gravement malade au moment où il se présente.

PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION ET TRAITEMENT DES CONTACTS

Le traitement des contacts varie selon la cause de la maladie.

Hépatite A

Les immunoglobulines sériques sont efficaces pour prévenir ou traiter l'hépatite A chez les contacts familiaux :

immunoglobuline (**médicament de classe A**), 0,02 ml/kg

Il est déconseillé de prendre des immunoglobulines plus de deux semaines après la dernière exposition.

Le traitement prophylactique courant (vaccin contre l'hépatite A) n'est pas indiqué mais il est recommandé pour les personnes voyageant dans des pays où la prévalence de la maladie est élevée ou habitant dans une région où la maladie est endémique et où des éclosions récurrentes ont été signalées, les immunodéprimés (p. ex. clients séropositifs) et les hommes homosexuels.

Le vaccin n'est pas encore fourni par les programmes gouvernementaux provinciaux. Consultez le service de santé publique de votre région afin de pouvoir obtenir ce vaccin et l'administrer à vos clients qui pourraient en bénéficier.

Mesures de prévention : il est essentiel de se laver les mains de manière impeccable afin de prévenir la transmission oro-fécale. L'élimination sanitaire des matières fécales est également importante.

Les enfants et les adultes atteints d'hépatite A devraient s'absenter de l'école, de la garderie ou du travail pendant au moins une semaine après l'apparition de la maladie (jusqu'à la disparition de l'ictère).

En général, leur présence dans les salles de classe ne pose pas de risque pour les autres élèves, et l'administration générale d'immunoglobulines n'est pas indiquée.

Hépatite B

Le traitement immunoprophylactique par la vaccination contre l'hépatite B est indiqué pour toutes les personnes à risque. Il fait même partie du programme de vaccination des enfants dans bon nombre de provinces.

Les groupes à risque sont les professionnels de la santé, les clients en dialyse, les personnes ayant reçu du sang ou des produits sanguins, les utilisateurs de drogues injectables, les hommes homosexuels actifs sexuellement, les membres de la maisonnée et les partenaires sexuels des personnes infectées, les personnes piquées accidentellement par une aiguille, les personnes ayant des comportements sexuels à risque (p. ex. relations sexuelles anales passives) et les nouveau-nés de mères infectées.

Donnez au client :

vaccin contre l'hépatite B, 1,0 ml IM à 0, 1 et 6 mois (3 doses), 0 étant le moment de la première dose

Vous pouvez donner des immunoglobulines contre l'hépatite B (0,06 mg/kg IM) dans les 24 heures qui suivent l'exposition de la peau ou des muqueuses (p. ex. par piqûre accidentelle) si le client n'a pas déjà été immunisé contre l'hépatite B. Après avoir donné les immunoglobulines, administrez trois doses du vaccin contre l'hépatite B, tel que décrit ci-dessus.

Hépatite C

Il n'existe aucune stratégie de prévention particulière pour l'hépatite C, sinon d'éviter tout contact avec le sang d'une personne infectée en prenant les précautions universelles relatives au sang et aux liquides organiques. On recommande d'adopter des pratiques sexuelles sans risque. Les personnes infectées doivent surveiller leur consommation d'alcool (< 4 verres/semaine) pour éviter les lésions à leur foie.

Hépatite D

L'hépatite D ne peut être transmise qu'en présence du virus de l'hépatite B. Par conséquent, les méthodes de prévention de l'hépatite B éliminent également le risque d'hépatite D. Il est conseillé de prendre les précautions universelles relatives au sang et aux liquides organiques.

Hépatite E

Il n'existe pas de traitement immunoprophylactique contre l'hépatite E (qui n'a jamais été signalée au Canada). Il suffit d'avoir de bonnes conditions sanitaires et d'hygiène.

MONONUCLÉOSE (INFECTIEUSE)

DÉFINITION

Infection virale aiguë caractérisée par trois symptômes : fièvre, pharyngite et adénopathies.

CAUSES

- Virus d'Epstein-Barr
- Transmission d'une personne à l'autre par voie oropharyngée (salive), et très rarement par transfusion sanguine
- Période d'incubation : 4-6 semaines
- Période de contagion prolongée; le virus peut être éliminé par voie pharyngée pendant un an ou plus après la disparition des symptômes

SYMPTOMATOLOGIE

Les adolescents et les jeunes adultes sont les principaux groupes touchés.

- Fièvre
- Maux de gorge
- Fatigue, malaise
- Céphalées
- Paupières et orbites œdématiées
- Enflure des ganglions lymphatiques (particulièrement les ganglions cervicaux postérieurs)

OBSERVATIONS

- Légère fièvre
- Fatigue visible
- Œdème palpébral ou périorbitaire (dans 35 % des cas)
- Pharynx rouge et enflé; possibilité d'exsudat amygdalien
- Pétéchies sur le palais (dans 35 % des cas)
- Enflure des ganglions cervicaux, surtout les ganglions latéraux profonds (dans 85 % des cas)
- Splénomégalie (dans 45 % des cas)
- Hépatomégalie (dans 35 % des cas)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Pharyngite à streptocoque du groupe A
- Hépatite
- Pharyngite virale
- Infection à cytomégalovirus
- Toxoplasmose
- Syphilis secondaire
- Rubéole

COMPLICATIONS

- Syndrome de Guillain-Barré
- Hépatite
- Méningite aseptique
- Encéphalite
- Anémie hémolytique
- Thrombopénie
- Agranulocytose
- Myocardite
- Rupture de la rate

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Test sanguin (Monospot) de dépistage de la mononucléose
- Formule sanguine complète (la lymphocytose est caractéristique)
- Prélèvement de gorge pour exclure la pharyngite à streptocoque du groupe A

TRAITEMENT

Objectifs

- Offrir des soins de soutien au client jusqu'à son rétablissement
- Prévenir les complications

La durée de la maladie est variable. Les cas typiques sans complications durent environ 3-4 semaines.

Interventions non pharmacologiques

- Se gargariser avec de l'eau chaude salée pour soulager le mal de gorge.

Éducation du client

- Conseillez au client de manger les aliments qu'il tolère, mais recommandez une alimentation équilibrée.
- Conseillez au client de faire les activités selon son état; aidez-le à planifier un horaire réaliste de repos, y compris une réduction de ses responsabilités scolaires ou professionnelles si nécessaire.
- Suggérez au client de boire davantage, car cela pourrait lui être bénéfique.
- Montrez au client comment se laver les mains pour éviter de transmettre la maladie; il n'a pas besoin d'être isolé des autres.
- Suggérez au client d'éliminer les sources de stress, si possible.
- Recommandez au client d'éviter les sports de contact pendant au moins un mois ou jusqu'à ce que l'enflure du foie soit entièrement disparue, sans quoi il court un risque de rupture de la rate.

Interventions pharmacologiques

Analgésique faible :

ibuprofène (Motrin) (**médicament de classe A**), 200 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 heures au besoin

ou

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 325 ou 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 heures au besoin

Surveillance et suivi

Assurez le suivi du client une fois par semaine jusqu'à la disparition des symptômes.

Consultation

Il faut consulter un médecin si les symptômes persistent pendant plus de trois semaines ou si le client présente des complications (p. ex. ictère ou symptômes neurologiques).

Orientation vers d'autres ressources médicales

Généralement non nécessaire.

GASTRO-ENTÉRITE BACTÉRIENNE

DÉFINITION

Infection du tube digestif d'origine bactérienne.

CAUSES

Les deux principaux micro-organismes en cause sont *Salmonella* et *Shigella*.

Salmonella

– Transmission par voie oro-fécale
– Réservoir principal : les animaux, notamment la volaille et le bétail, et les aliments d'origine animale ainsi que les animaux domestiques comme les tortues et les oiseaux

Shigella

– Source : selles d'humains infectés; aucun réservoir animal connu
– L'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés est la principale voie de transmission chez les adultes.
– Les enfants de 1-4 ans sont le groupe le plus touché (problème important dans les garderies).

SYMPTOMATOLOGIE ET OBSERVATIONS

La symptomatologie et les signes physiques ne sont pas les mêmes pour les deux agents (voir le tableau 4).

SIGNES DE DÉSHYDRATATION

– Tension artérielle normale ou faible si la déshydratation est importante
– Chute potentielle de la tension artérielle orthostatique dans les cas de déshydratation modérée
– Yeux enfoncés, muqueuses sèches
– Peau chaude et sèche, maintien du pli cutané

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

– Gastro-entérite virale
– Giardiase
– Colite ulcéreuse

COMPLICATIONS

– Déshydratation
– Mort chez les clients âgés ou débilités

Tableau 4 : Histoire et signes physiques des infections à *Salmonella* et *Shigella*

Salmonella	*Shigella*
Histoire de la maladie	**Histoire de la maladie**
Symptômes apparaissant 8-48 heures après l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés	Transmission par voie oro-fécale ou par des aliments contaminés
En général, maladie aiguë qui dure de 3 à 6 jours	Période d'incubation de 1-7 jours (habituellement 2-4 jours)
Habituellement, plusieurs membres d'une famille ou d'une communauté sont infectés	La maladie disparaît habituellement après 4-8 jours
Apparition soudaine de coliques	Habituellement, plusieurs membres d'une famille ou d'une communauté sont infectés.
Diarrhées brunes liquides pouvant renfermer du sang et du mucus	Apparition soudaine de fièvre, d'anorexie, de vomissements et de coliques
Fièvre	Au départ, les selles sont solides
Possibilité de nausées et vomissements	L'évacuation des selles soulage temporairement les douleurs abdominales
Céphalées	Les selles deviennent plus fréquentes et liquides (diarrhée).
Myalgie	Diarrhées brunes liquides renfermant du mucus, du sang et du pus
Signes physiques	**Signes physiques**
Possibilité de fièvre	Fièvre
Augmentation possible de la fréquence cardiaque	Augmentation de la fréquence cardiaque
Client semblant modérément malade	Client semblant malade, parfois plié sur lui-même en raison des douleurs abdominales
Distension abdominale possible	Distension abdominale possible
Diarrhées brunes liquides pouvant renfermer des traces de sang	Diarrhées brunes liquides renfermant du mucus, du sang et du pus
Bruits intestinaux excessifs	Bruits intestinaux excessifs
Sensibilité de l'ensemble de l'abdomen	Sensibilité de l'ensemble de l'abdomen

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Prélevez des échantillons de trois selles consécutives pour culture et antibiogramme.

TRAITEMENT

Objectifs

- Prévenir toute complication
- Empêcher la transmission de l'infection
- Repérer les porteurs asymptomatiques de *Salmonella* dans la famille

Les infections à *Salmonella* et à *Shigella* sont des maladies transmissibles à déclaration obligatoire.

Consultation

Consultez un médecin concernant le traitement des clients immunodéprimés ou affaiblis, qui présentent des symptômes sévères ou qui sont déshydratés.

Interventions non pharmacologiques

Voir la section « Diarrhée» du chapitre 5, « Appareil digestif », pour des précisions sur le traitement général de la diarrhée.

Réhydratez le client avec de petites quantités de liquides, administrées souvent; utilisez des liquides de réhydratation oraux si nécessaire ou recourez à une perfusion intraveineuse si le client est très déshydraté (*voir la section « Déshydratation » dans le chapitre 5, « Appareil digestif »*).

Éducation du client

- Recommandez au client de se reposer davantage durant la phase aiguë de l'infection.
- Recommandez au client de purifier son eau (bouillir pendant 20 minutes toute eau utilisée dans la maison).
- Expliquez au client les règles d'hygiène personnelle appropriées (se laver les mains après avoir été en contact avec du matériel souillé et après être allé aux toilettes; utiliser des ustensiles différents).
- Montrez au client comment éviter la transmission de la bactérie à sa famille et à sa communauté (se laver les mains d'une manière impeccable après être allé aux toilettes est l'intervention la plus importante).
- Informez le client au sujet des signes de déshydratation et dites-lui de revenir à la clinique si ces signes apparaissent.
- Il est nécessaire de prendre les précautions de mise relatives à l'élimination fécale durant la phase aiguë, car l'infection à *Shigella* est très contagieuse.
- Les clients ne devraient pas manipuler d'aliments ni prendre soin d'enfants ou de patients tant que les résultats des cultures de selles ne sont pas négatifs.

Interventions pharmacologiques

Pour soulager les nausées et les vomissements :

> dimenhydrinate (Gravol) (**médicament de classe A**), 25-50 mg IM immédiatement au besoin, puis 50 mg PO toutes les 4-6 heures au besoin

N'administrez pas de médicaments antidiarrhéiques, tels que le lopéramide (Imodium) ou le diphénoxylate atropine (Lomotil), car ils ralentissent l'élimination de la bactérie par les intestins.

Consultez un médecin avant de prescrire des antibiotiques, car ceux-ci risquent de prolonger la présence du virus dans l'organisme et favoriser le développement de souches résistantes.

Surveillance et suivi

- Dites au client de revenir pour un examen de suivi dans un ou deux jours si les symptômes ne diminuent pas.
- L'isolement du patient n'est pas nécessaire.
- La famille et les personnes participant aux soins directs du client doivent faire l'objet d'une investigation (prélevez trois échantillons de selles en vue de cultures).

Orientation vers d'autres ressources médicales

Un examen par un médecin n'est habituellement pas nécessaire, sauf si le client est gravement déshydraté ou s'il ne répond pas au traitement.

GIARDIASE

DÉFINITION

Infection intestinale d'origine parasitaire.

CAUSES

- *Giardia lamblia*, un des parasites intestinaux les plus souvent signalés
- Infection causée par l'ingestion de kystes infectieux
- La transmission d'une personne à l'autre (oro-fécale) et de mauvaises conditions d'hygiène sont les principales voies d'infection.
- La giardiase peut également être contractée en buvant de l'eau contaminée; ce processus est à l'origine d'un nombre important d'éclosions d'origine hydrique.
- L'infection peut être transmise lors de pratiques homosexuelles par transmission oro-fécale directe.

SYMPTOMATOLOGIE

Un large éventail de syndromes cliniques peuvent se produire. La plupart des symptômes sont de nature gastro-intestinale.

Une faible proportion de personnes infectées présentent les symptômes suivants :

- Apparition soudaine de diarrhées explosives et liquides
- Crampes abdominales
- Gaz intestinaux fétides
- Vomissements
- Fièvre et malaise

Ces symptômes durent 3-4 jours avant de donner lieu au syndrome subaigu, plus courant.

Dans la plupart des cas, les symptômes apparaissent de manière insidieuse, et sont récurrents ou réfractaires :

- Selles malodorantes, molles et graisseuses
- Diarrhée aqueuse pouvant alterner avec des selles molles ou même la constipation.
- Les selles ne renferment pas de sang ni de pus, car la giardiase n'est pas caractérisée par des symptômes de dysenterie.

Des symptômes dans la partie supérieure du tube digestif, souvent exacerbés par le fait de manger, accompagnent les changements dans les selles et peuvent être présents en l'absence de selles molles. Ils sont :

- Crampes dans le haut et le milieu de l'abdomen
- Nausées
- Satiété précoce
- Ballonnement
- Éructations sulfureuses
- Brûlure rétrosternale et indigestion acide
- Anorexie
- Fatigue, malaise
- Perte de poids (se produit dans plus de 50 % des cas, la perte de poids moyenne étant de 4,5 kg, ou 10 lb)
- Maladie chronique (les adultes présentent un syndrome de malabsorption de longue date et les enfants, un arrêt ou un retard prononcé de la croissance)

Parmi les signes cliniques inhabituels, notons :

- Réactions allergiques (p.ex. urticaire)
- Érythème polymorphe
- Bronchospasme
- Arthrite réactionnelle
- Maladie des voies biliaires

OBSERVATIONS

- Rien de remarquable lors de l'examen physique
- L'examen de l'abdomen peut révéler une sensibilité non spécifique sans signe d'irritation péritonéale.
- L'examen rectal devrait révéler que les selles ne renferment pas de sang.
- Les cas sévères peuvent présenter des signes de déshydratation ou de cachexie.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Gastro-entérite (virale, bactérienne)
- Amibiase
- Prolifération bactérienne
- Maladie de Crohn
- Infection à *Cryptosporidium enteritis*
- Syndrome du côlon irritable
- Sprue tropicale ou maladie cœliaque
- Intolérance au lactose

COMPLICATIONS

- Déshydratation
- Malabsorption et perte de poids

TESTS DIAGNOSTIQUES

Trois échantillons de selles pris à des intervalles de deux jours devraient faire l'objet d'un examen parasitologique.

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager les symptômes
- Prévenir toute complication
- Empêcher la transmission de l'infection

Interventions non pharmacologiques

Les soins d'urgence consistent à restaurer le volume liquidien par la réhydratation orale ou l'administration intraveineuse d'un soluté crystalloïde si le client est déshydraté au moment de l'examen. *Voir la section « Déshydratation » dans le chapitre 5, « Appareil digestif », pour plus de détails à ce sujet.*

– Conseillez au client de manger les aliments qu'il tolère; une alimentation faible en lactose et en matières grasses pourrait lui être favorable jusqu'à la disparition des symptômes.
– Conseillez au client de faire les activités selon son état.
– Expliquez au client que le lavage impeccable des mains, surtout après être allé aux toilettes, est essentiel.
– Dites au client de faire bouillir l'eau potable pendant 20 minutes avant de la boire.
– Assurez-vous que les contacts du client subissent également un examen de dépistage de la giardiase, et qu'ils reçoivent les soins appropriés, si nécessaire.

Interventions pharmacologiques

Antibactériens ou antiprotozoaires :

métronidazole (Flagyl) (**médicament de classe A**), 250 mg PO tid pendant 5-7 jours

Les schémas posologiques à doses élevées sur une courte période sont peu efficaces et devraient être évités. Parmi les principaux effets secondaires figurent un goût métallique dans la bouche, des nausées, des étourdissements et des céphalées.

N'administrez pas ce médicament aux femmes enceintes, surtout pendant le premier trimestre. Consultez un médecin pour déterminer un autre traitement.

Surveillance et suivi

– Suivez le client de près (quotidiennement) s'il était déshydraté lorsqu'il s'est présenté : surveillez son état d'hydratation, son poids et ses symptômes.
– Prélevez de nouveaux échantillons de selles après 1-2 semaines pour vous assurer que l'infection est résolue.

Consultation

Il n'est pas nécessaire de consulter un médecin pour les cas de giardiase à moins que l'état du patient ne s'améliore pas suite au traitement.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Si les symptômes persistent ou s'aggravent malgré le traitement, il faut faire examiner le patient par un médecin aussitôt que possible.

TUBERCULOSE

DÉFINITION

Infection granulomateuse aiguë provoquée par une mycobactérie. L'organisme est d'abord inhalé dans le corps par l'appareil pulmonaire. Une fois l'infection établie dans les poumons, l'organisme peut se propager à d'autres parties du corps, y compris l'oreille moyenne, les os, les articulations, les méninges, les reins et la peau.

La propagation se fait par contact direct ou par la lymphe ou le sang.

Environ 85 % des patients présentent une tuberculose pulmonaire. La plupart des cas actifs sont confirmés par la culture de *Mycobacterium tuberculosis*.

On peut diagnostiquer une tuberculose extrapulmonaire d'après les signes pathologiques caractéristiques de la maladie et le tableau clinique du patient. Elle est plus fréquente chez les personnes infectées par le VIH ainsi que dans certains groupes ethniques, notamment les Asiatiques et les Autochtones du Canada.

ÉVOLUTION DE LA MALADIE

Infection latente

La personne souffre d'une infection primaire. Son organisme héberge une faible quantité de bacilles tuberculeux, mais pas de maladie active. Le risque d'infection est élevé dans certaines groupes de personnes au stade latent de la maladie. *(Voir la section « Facteurs de risque » ci-dessous.)*

Tuberculose active

La personne présente une infection active et son organisme héberge une quantité élevée de bacilles tuberculeux. Son état est contagieux. Le risque de maladie active est le plus élevé dans les deux ans qui suivent l'exposition.

CAUSES

Mycobacterium tuberculosis

Facteurs de risque

- Personnes d'ascendance autochtone
- Hommes célibataires de plus de 65 ans
- Itinérants en milieu urbain
- Personnes habitant dans des établissements (p. ex. établissement correctionnel ou foyers pour personnes âgées)
- Personnes immunodéprimées (p. ex. VIH/sida)
- Consommation de médicaments immunosuppresseurs (p. ex. stéroïdothérapie à fortes doses)
- Diabète sucré
- Insuffisance rénale chronique
- Malnutrition
- Alcoolisme
- Contacts étroits avec une personne infectée

SYMPTOMATOLOGIE

Il faut toujours envisager le diagnostic de tuberculose si les symptômes classiques sont présents chez un client appartenant à un groupe à risque, si une toux inexpliquée et des symptômes généraux persistent pendant plusieurs semaines ou si la pneumonie d'un client ne guérit pas.

- Toux
- Hémoptysie
- Fièvre
- Sueurs nocturnes
- Anorexie
- Perte de poids
- Fatigue
- Exposition à la tuberculose
- Antécédents de tuberculose active et efficacité du traitement antérieur
- Résultats positifs au test de Mantoux et efficacité du traitement prophylactique

Surveillez de près les maladies, médicaments et troubles qui peuvent prédisposer un client infecté à la tuberculose active.

OBSERVATIONS

Effectuez un examen physique complet.

- Apparence de maladie chronique, aspect cachectique
- Perte de poids
- Signes d'épanchement pleural lors de l'examen du thorax
- Hypertrophie du foie ou de la rate
- Enflure des ganglions lymphatiques

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Pneumonie
- Bronchectasie
- Lymphome
- Infection fongique

COMPLICATIONS

- Abcès du poumon
- Empyème
- Propagation de l'infection aux structures extrapulmonaires
- Transmission de l'infection
- Résistance aux médicaments
- Décès

TESTS DIAGNOSTIQUES

Test de Mantoux (test intradermique à la tuberculine)

Le test de Mantoux a trois fonctions : diagnostiquer une infection, diagnostiquer une maladie active et servir d'outil épidémiologique.

Le test de Mantoux est déconseillé dans les cas suivants :

- client ayant déjà présenté une réaction sévère (avec formation de vésicules) au test de Mantoux
- client ayant une tuberculose active confirmée
- client présentant de grandes brûlures ou de l'eczéma
- client qui, au cours du dernier mois, a contracté une infection virale (p. ex. rougeole, oreillons) ou reçu un vaccin à virus vivant.

Il peut arriver que les personnes très malades et anergiques (p. ex. atteintes du sida ou de la tuberculose active) ne réagissent pas au test de Mantoux alors qu'elles sont infectées.

La réaction à la tuberculine, un antigène, peut diminuer ou même disparaître avec l'âge, mais la répétition du test peut augmenter la réactivité de la peau. Il est donc important d'effectuer un test de Mantoux en deux étapes dans les populations qui subissent des tests en série (p. ex. pensionnaires de foyers de soins et professionnels de la santé). Cela permettra de déceler les cas de tuberculose parmi les personnes dont la réactivité a diminué avec le temps.

La vaccination par le BCG (bacille de Calmette-Guérin) peut entraîner un résultat positif au test de Mantoux. Cette réaction disparaît avec le temps, habituellement au bout de 10-15 ans. De façon générale, un résultat positif au test de Mantoux plus de 10 ans après la vaccination *ne doit pas* être attribuée au BCG.

La dose standard utilisée dans le test de Mantoux est de cinq unités de tuberculine purifiée. On obtient le résultat 48-72 heures après l'injection en mesurant (en millimètres) le diamètre transversal de l'induration (voir le tableau 5) (sans tenir compte de l'érythème environnant).

On ne peut pas simplement décrire les résultats des tests comme étant « positifs » ou « négatifs ». Ces termes sont arbitraires et leur signification varie d'un client à l'autre.

Consultez votre bureau provincial/territorial de lutte contre la tuberculose pour obtenir des directives concernant les résultats significatifs et non significatifs au test de Mantoux.

Autres tests diagnostiques

- Formule sanguine
- Radiographie pulmonaire
- Trois échantillons d'expectorations en vue de cultures de bacilles acidorésistants et de *M. tuberculosis*
- Trois échantillons d'urine en vue de cultures de bacilles acidorésistants

TRAITEMENT

Objectifs

- Empêcher l'infection latente d'évoluer en maladie active
- Assurer le traitement adéquat de la maladie active
- Empêcher la transmission de la maladie

Consultation

Consultez un médecin immédiatement si vous soupçonnez une tuberculose active ou si les résultats au test de Mantoux sont positifs pour la première fois.

Tableau 5 : Diamètre de l'induration jugé significatif après le test intradermique à la tuberculine purifiée (5 unités)

Client	Diamètre significatif
Personne infectée par le VIH *et* présentant un risque élevé de tuberculose	0-4 mm
Personne infectée par le VIH	> 5 mm
Contact proche (surtout les enfants et les jeunes adultes) de la personne chez qui on a confirmé le diagnostic de tuberculose	> 5 mm
Personne sans réaction significative au test de Mantoux au cours des deux dernières années	> 10 mm
Personne qui a déjà souffert de tuberculose active, pour laquelle elle avait reçu un traitement inadéquat ou n'avait pas reçu de traitement	> 10 mm
Personne présentant des signes de cicatrisation apicale à la radiographie pulmonaire	> 10 mm
Personne présentant d'autres facteurs de risque	> 10 mm

Interventions non pharmacologiques

- Signalez au ministère de la Santé de votre province/territoire le nom des clients ayant obtenu pour la première fois des résultats positifs au test de Mantoux et tous les nouveaux cas de tuberculose active.
- Assurez le suivi des contacts : tous les parents, amis et collègues de travail de la personne atteinte devraient subir le test de Mantoux; répétez le test trois mois plus tard auprès des personnes qui obtiennent un résultat négatif.
- Les lignes directrices relatives au dépistage de la maladie chez les contacts peuvent varier d'une province/territoire à l'autre : consultez un agent de lutte antituberculeuse dans votre province/territoire pour obtenir de l'information à ce sujet.
- Une alimentation équilibrée adéquate favorise le rétablissement et pourrait aider à prévenir la tuberculose active chez les personnes présentant une infection latente.
- Repos suffisant surtout pour les cas de maladie active.

Éducation du client

- Expliquez l'évolution de la maladie et le pronostic.
- Insistez sur l'observance stricte du traitement médicamenteux.
- Expliquez les risques et les avantages des médicaments, ainsi que les effets secondaires qui y sont associés.
- Insistez sur l'importance d'un suivi régulier.

Interventions pharmacologiques

Infection latente

Le traitement par un seul médicament, l'isoniazide (INH), peut réduire considérablement le risque de tuberculose active chez les personnes présentant une infection latente. Par conséquent, on peut envisager un traitement prophylactique par l'INH pour les personnes qui ont obtenu un résultat positif au test de Mantoux. Le risque d'effets indésirables dus à l'INH doit être comparé avec les avantages liés à la réduction du risque de la maladie active.

isoniazide (INH) (**médicament de classe B**), 300 mg PO par jour pendant 6-9 mois

et

pyridoxine (vitamine B_6) (**médicament de classe B**), 25 mg PO par jour

Infection active

Le traitement, une polythérapie qui dure 6-12 mois en moyenne, *peut seulement être prescrit par un médecin.*

Le meilleur régime initial comporte trois ou quatre médicaments dont l'INH, la rifampine (Rifadin), le pyrazinamide (Tebrazid), l'éthambutol (Myambutol) et la streptomycine (voir le tableau 6). S'il y a un risque de résistance aux médicaments, un régime à quatre médicaments est recommandé.

En plus des antituberculeux, le client peut recevoir de la vitamine B_6 (surtout dans les cas d'alcoolisme, de diabète sucré ou de grossesse, ou si l'état nutritionnel du client est préoccupant), bien que cette pratique demeure optionnelle :

pyridoxine (vitamine B_6) (**médicament de classe B**), 25 mg PO par jour

Après deux mois de traitement, on arrête habituellement de donner la pyrazinamide si les résultats de la culture indiquent la présence d'un organisme pleinement sensible. L'INH et la rifampicine peuvent ensuite être donnés deux fois par semaine.

L'administration de médicaments deux fois par semaine se prête très bien à un traitement sous observation directe. Ce régime devrait durer au moins 6 mois.

Au total, le traitement peut durer neuf mois ou plus si les examens cliniques, radiologiques ou bactériologiques révèlent une réponse lente. Si des médicaments de deuxième intention doivent être prescrits, surtout dans les cas potentiels de résistance à un médicament, un traitement beaucoup plus long (15-18 mois) est nécessaire. Enfin, un traitement de 18 mois ou plus s'impose si ni l'INH ni la rifampine ne font partie du régime médicamenteux.

Les médicaments antituberculeux sont prescrits par des spécialistes de la tuberculose. Consultez l'autorité médicale de votre région avant de prescrire ces médicaments.

Tableau 6 : Doses et effets indésirables courants des antituberculeux de première intention

Médicament	Dose quotidienne habituelle	Effets indésirables*
Isoniazide	300 mg	Hépatite, paresthésies
Rifampine	600 mg	Hépatite, syndrome grippal
Pyrazinamide	1 500-2 500 mg en doses fractionnées	Hépatite, élévation de la concentration sérique d'acide urique, arthralgie
Éthambutol	2 400 mg en doses fractionnées	Névrite rétrobulbaire
Streptomycine	1 000 mg	Vertige, acouphènes, insuffisance rénale

*Tous ces médicaments peuvent causer une éruption cutanée, des nausées et de la fièvre.

Surveillance et suivi

- Suivez le client de près tout au long du traitement (au moins tous les mois).
- Surveillez l'adhésion au traitement médicamenteux ainsi que tout symptôme de la maladie et effet secondaire des médicaments.
- Vérifiez régulièrement les taux d'enzymes hépatiques.
- Les clients qui prennent de l'éthambutol devraient subir un examen de la perception des couleurs tous les 6 mois.
- Les cas de tuberculose active doivent subir une radiographie pulmonaire tous les mois pendant les trois premiers mois.
- Faites examiner le client par un médecin chaque fois que c'est possible pendant le traitement.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Tous les cas soupçonnés de tuberculose active doivent être admis à l'hôpital pour y être examinés et traités. Les clients transportés par véhicule public (p. ex. aéronef) devraient porter un masque pouvant filtrer des particules d'un diamètre de 1 µm et assurant une bonne étanchéité faciale afin de ne pas infecter les autres personnes à bord

INFECTION INVASIVE À STREPTOCOQUE DU GROUPE A

DÉFINITION

Les maladies invasives à streptocoque du groupe A, qui sont des infections sévères et parfois même fatales, sont caractérisées par l'invasion de diverses parties du corps (sang, liquide céphalorachidien, muscles profonds, tissus adipeux et poumons) par des bactéries.

Ces infections peuvent se manifester sous la forme de différents syndromes cliniques : pneumonie, bactériémie conjuguée à une infection cutanée (p. ex. cellulite, érisypèle ou infection d'une plaie chirurgicale ou autre), infection profonde des tissus mous (p. ex. myosite ou fasciite nécrosante), méningite, péritonite, ostéomyélite, arthrite septique, septicémie postpartum (fièvre puerpérale), septicémie néonatale ou bactériémie non focale.

Deux des formes les plus sévères, mais également les moins fréquentes, de maladies invasives causées par des streptocoques du groupe A sont la fasciite nécrosante (infection des muscles et des tissus adipeux) et le syndrome de choc toxique streptococcique. Environ 20 % des cas de fasciite nécrosante et 60 % des cas de syndrome de choc toxique streptococcique meurent. La proportion de décès s'élève à seulement 10-15 % chez les patients présentant d'autres maladies invasives à streptocoque du groupe A.

CAUSE

Streptocoque du groupe A

Facteurs de risque

Tout le monde peut développer une maladie invasive à streptocoque du groupe A (y compris le syndrome de choc toxique streptococcique). Cependant, les personnes qui ont déjà un problème de santé tel que le diabète sucré, une maladie chronique du cœur, des poumons ou des reins, le cancer ou l'infection par le VIH présentent un plus grand risque.

Une lésion de la peau, causée par une coupure, une plaie chirurgicale ou la varicelle, par exemple, augmente les risques. Les contacts étroits d'un cas (parents ou membres de la maisonnée, fournisseurs de soins de santé, personnel d'un foyer pour personnes âgées) courent un risque accru d'infection, car ils sont en contact direct avec les sécrétions de la personne infectée.

SYMPTOMATOLOGIE ET OBSERVATIONS

Présence de facteurs de risque.

Les signes et les symptômes précoces d'une fasciite nécrosante sont :

– Fièvre
– Douleur sévère, œdème ou rougeur au siège de la plaie

Les signes et symptômes précoces du syndrome de choc toxique streptococcique sont :

– Fièvre
– Étourdissements
– Confusion
– Éruption cutanée et douleur abdominale
– Douleur sévère, œdème ou rougeur au siège de la plaie

Syndrome de choc toxique streptococcique

Le syndrome de choc toxique streptococcique est une maladie caractérisée par les signes cliniques suivants, qui apparaissent dans les 48 premières heures : hypotension (tension artérielle systolique ≤ 90 mm Hg chez les adultes et au-dessous du cinquième percentile des enfants du même âge chez les moins de 16 ans) et atteinte de plusieurs organes, caractérisée par au moins deux des troubles suivants :

– Insuffisance rénale
– Coagulopathie
– Atteinte hépatique
– Syndrome de détresse respiratoire (apparition brutale d'infiltrats pulmonaires diffus et d'hypoxémie sans insuffisance cardiaque, ou signes d'une fuite capillaire diffuse mise en évidence par l'apparition soudaine d'un œdème généralisé ou d'un épanchement pleural ou péritonéal avec hypoalbuminémie).
– Éruption maculeuse érythémateuse généralisée pouvant entraîner des signes de desquamation.
– Nécrose des tissus mous, notamment fasciite/myosite nécrosante ou gangrène.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

– Cellulite
– Septicémie
– Choc septique

COMPLICATIONS

– Septicémie
– Choc septique
– Amputation
– Décès

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Prévention des infections invasives à streptocoque du groupe A

- On peut prévenir la propagation de tous les types d'infections invasives à streptocoque du groupe A en se lavant les mains correctement, surtout après avoir toussé ou éternué et avant de préparer les repas et de manger.
- Pour tout client ayant un mal de gorge important, effectuez un prélèvement de gorge en vue d'une culture et d'un antibiogramme si ces analyses sont indiquées cliniquement (*voir l'annexe 1, « Nouvel outil diagnostique pour la prise en charge de la pharyngite » dans le chapitre 2, « Oto-rhino-laryngologie »*) pour déterminer s'il s'agit d'une infection à streptocoque. Si oui, la personne devrait s'absenter du travail, de l'école ou de la garderie pendant au moins 24 heures après le début de l'antibiothérapie.
- Assurez-vous que toutes les plaies demeurent propres et surveillez les signes possibles d'infection (p. ex. rougeur, œdème et douleur au site de la plaie); conseillez au client de voir un médecin immédiatement si jamais un de ces signes se manifeste, surtout s'il est accompagné de fièvre.

Consultation

Consultez un médecin immédiatement si vous soupçonnez une infection invasive à streptocoque du groupe A.

Interventions non pharmacologiques

- Protégez les voies respiratoires et ventilez le patient au besoin
- Repos au lit
- Protégez la région infectée contre d'autres blessures
- En plus d'une antibiothérapie, l'état des patients atteints de telles maladies nécessite l'admission à une unité de soins intensifs et parfois même une intervention chirurgicale.

.

Traitement adjuvant

- Administrez de l'oxygène à raison de 6-10 l/min ou plus au besoin pour maintenir la saturation en oxygène à plus de 97-98 %.
- Amorcez le traitement IV avec un soluté physiologique pour garder la veine ouverte.

Si le client présente des signes de septicémie ou de choc septique, une réanimation liquidienne énergique est nécessaire :

Amorcez le traitement IV avec un soluté physiologique à l'aide de deux cathéters de gros calibre (pour de plus amples renseignements, voir *la section « État de choc » dans le chapitre 14, « Urgences générales et traumatismes majeurs »*).

Si les symptômes du client donnent à penser qu'il pourrait s'agir d'une maladie invasive à streptocoque du groupe A ou si le client présente des facteurs de risque de maladie invasive (p.ex. diabète sucré, cancer, cardiopathie chronique, alcoolisme), l'antibiothérapie peut être amorcée en attendant le transfert du client. Consultez un médecin au sujet des antibiotiques à choisir.

Surveillance et suivi

Surveillez l'ABC et les symptômes fréquemment.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Demandez l'évacuation médicale.

CHAPITRE 12 – OBSTÉTRIQUE

Table des matières

ÉVALUATION DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR FÉMININ

HISTOIRE DE LA GROSSESSE ACTUELLE ET EXAMEN PHYSIQUE

GÉNÉRALITÉS

La grossesse est-elle planifiée ou désirée?

ANTÉCÉDENTS MENSTRUELS

- Âge de l'apparition des règles (ménarche)
- Dates du début et de la fin des dernières règles normales
- La durée des dernières règles et le flux menstruel au cours de cette période étaient-ils comme d'habitude? (Sinon, obtenez les dates des règles précédentes.)
- La cliente a-t-elle eu des pertes de sang depuis les dernières règles normales?
- Méthodes contraceptives : types, date de la dernière utilisation

SYMPTÔMES ÉVOCATEURS DE GROSSESSE

- Fatigue
- Fréquence des mictions
- Seins : sensibilité, picotements, augmentation du volume
- Nausées et vomissements

SYMPTÔMES ACTUELS

- Nausées et vomissements
- Perte ou gain de poids
- Céphalées
- Œdème
- Douleurs abdominales
- Pertes de sang (déterminez l'importance des saignements).
- Pertes vaginales ou écoulements (couleur, odeur)
- Symptômes urinaires
- Constipation (habituellement, symptôme tardif)
- Maux de dos (habituellement, symptôme tardif)
- Calculez la date approximative de l'accouchement (date des dernières règles normales par rapport à la taille de l'utérus).

Évaluez les risques auxquels est exposée la cliente pendant la grossesse actuelle : infections (p. ex. porteuse du virus de l'hépatite B, infection vaginale à streptocoque du groupe B), taux d'anticorps anti-Rhésus (si la cliente est Rh -, il est important de connaître le groupe sanguin du père).

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX

- Dates et lieux des accouchements
- Période de gestation (enfant né à terme ou prématuré)
- Complications pendant la grossesse (p. ex. pré-éclampsie, diabète gestationnel, décollement placentaire)
- Travail et complications
- Complications pendant l'accouchement (p. ex. souffrance fœtale)
- Accouchement (p. ex. accouchement spontané par voie vaginale, par césarienne)
- État de santé du nouveau-né (p. ex. score d'Apgar, si la cliente le connaît)
- Complications après l'accouchement

AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS

- Antécédents médicaux et chirurgicaux
- Antécédents familiaux (p. ex. troubles génétiques, anomalies du tube neural, grossesses multiples, anomalies congénitales, déficience mentale, troubles hémostatiques)
- Revue de tous les systèmes et appareils
- Tabagisme, consommation d'alcool, usage de drogues
- Usage de médicaments (type, posologie, période d'utilisation, médicaments de prescription ou en vente libre)

EXAMEN PHYSIQUE

GÉNÉRALITÉS

- État de santé apparent
- Bien-être ou souffrance manifeste
- Teint (p. ex. rougeur, pâleur)
- État nutritionnel (obésité ou maigreur)
- Œdème facial

SIGNES VITAUX

- Température
- Fréquence cardiaque
- Fréquence respiratoire
- Tension artérielle
- Fréquence cardiaque du fœtus

SEINS

- Signes d'infection
- Masses, sensibilité
- Mamelons : forme (p. ex. inversés), érosion, écoulements

ABDOMEN

- Vergetures
- Cicatrices
- Hauteur du fond utérin, forme de l’utérus
- Correspondance entre la hauteur du fond utérin et la date d’accouchement prévue
- Position, présentation et mouvements du fœtus
- Engagement
- Sensibilité ou dureté de l’utérus
- Contractions (p.ex. contractions de Braxton-Hicks)

BASSIN

- Varicosités périnéales
- Pertes, saignements vaginaux (couleur, odeur, consistance)
- Évaluation du col de l’utérus
- Dimensions suffisantes du bassin (si la cliente est une primigeste)
- Hémorroïdes
- Déchirures, épisiotomies antérieures
- Soutien musculaire périnéal (p.ex. cystocèle, rectocèle)

AUTRES ASPECTS

- Œdème (visage, mains, prétibial, pédieux)
- Réflexes
- Test de grossesse

SOINS PRÉNATALS : PREMIÈRE VISITE ET VISITES SUBSÉQUENTES

SYMPTOMATOLOGIE

Première visite

- Absence de menstruation depuis un ou deux mois (cependant, l’aménorrhée peut être causée par le Depo-Provera)
- La cliente se sent enceinte et a eu des relations sexuelles non protégées.
- Tendance à la fatigue
- Fréquence des mictions
- Nausées et vomissements le matin
- Anorexie possible
- Obtenez un tableau complet des antécédents médicaux, sociaux et obstétricaux.

Visites subséquentes

Les aspects suivants devraient être évalués à chacune des visites subséquentes :

- Céphalées
- Œdème facial ou périphérique
- Douleurs abdominales
- Pertes ou saignements vaginaux
- Problèmes urinaires
- Apparition possible de troubles respiratoires ou digestifs au fur et à mesure que la grossesse évolue
- Facteurs de stress

Mouvements actifs

Demander à la cliente de noter la date où elle perçoit le premier mouvement du fœtus (généralement à 20 semaines chez les primigestes et à 18 semaines chez les multigestes).

Descente du fœtus

- Généralement à 38 semaines chez les primigestes
- Date pouvant varier chez les secondigestes ou les multigestes
- Tête du fœtus engagée dans le bassin
- Peut occasionner des problèmes urinaires ou musculo-squelettiques

OBSERVATIONS

Effectuez un examen complet de tous les systèmes et appareils à la première visite.

Signes vitaux

- La fréquence cardiaque s’accélère (hausse de 10 %) au cours de la deuxième moitié de la grossesse en raison de l’augmentation du volume sanguin.
- Tension artérielle : une baisse physiologique se produit généralement au deuxième trimestre.
- Fréquence cardiaque du fœtus : 120-160 puls/min (entre la 12e et la 18e semaine).
- Gain de poids : idéalement 10-12 kg (2 kg au cours du premier trimestre, environ 4-5 kg au cours du deuxième et 4-5 kg au cours du troisième).

Inspection

- Abdomen : lors de la première visite, l’augmentation du volume de l’utérus est généralement imperceptible; vergetures possibles.
- Seins : augmentation de leur volume; aréoles et mamelons plus foncés et plus gros.
- Bassin : col de l’utérus et parois vaginales bleuâtres.

Palpation

Première visite

- L'utérus n'est palpable qu'à l'examen pelvien au cours du premier trimestre et chez les femmes obèses.
- Décrivez la taille de l'utérus (p. ex. taille d'une orange, d'un pamplemousse).
- Vérifiez la dimension du bassin chez les primigestes (dimension du bassin satisfaisante chez les secondigestes ou les multigestes).
- Il peut y avoir une légère hypertrophie diffuse et non sensible à la palpation de la thyroïde.

Visites subséquentes

- Déterminez à l'aide d'un ruban à mesurer la hauteur du fond utérin à partir de la symphyse pubienne et consignez le résultat (en centimètres [cm]).
- Règle générale, la mesure en centimètres est égale au nombre de semaines de grossesse entre la 20e semaine et les 36-38es semaines (tableau 1).
- Évaluez la position et la présentation du fœtus (p. ex. transversale, siège).
- Évaluez l'engagement de la tête du fœtus dans le bassin vers la fin de la grossesse.

Auscultation

- Tous les systèmes et appareils du corps devraient fonctionner normalement lors de la première visite.
- Présence possible d'un léger souffle protosystolique (en raison de l'expansion du volume vasculaire)
- Vérifiez le cœur fœtal au cours des visites subséquentes : fréquence et rythme cardiaques, localisation des bruits du cœur (p. ex. s'ils se situent au-dessus de l'ombilic chez l'enfant à terme, cela peut signifier une présentation par le siège).

TESTS DIAGNOSTIQUES

Analyses de sang courantes pendant le suivi prénatal

- Formule sanguine complète
- Frottis sanguin
- Détermination du groupe sanguin et du facteur Rhésus
- Dépistage des anticorps
- Titrage des anticorps anti-rubéoleux
- Test VDRL
- Dépistage de l'hépatite B
- Dépistage sérologique maternel (à 16 semaines de gestation)
- Répéter au besoin le test de dépistage des anticorps anti-Rhésus si le Rh est négatif
- Test de dépistage du VIH (offert)
- Contrôle de l'hémoglobine : à effectuer une fois par trimestre (le taux d'hémoglobine baisse généralement au cours du deuxième trimestre en raison de l'augmentation du volume sanguin)

Analyse d'urine

- Lors de la première visite : analyse courante et examen microscopique, culture et antibiogramme.
- Répétez l'analyse d'urine à chaque visite.
- Répétez l'examen microscopique, la culture et l'antibiogramme au besoin.

Le risque de bactériurie asymptomatique est plus élevé au cours de la grossesse.

Examen du col de l'utérus et du vagin

- Frottis vaginal (*Pap test*) et prélèvements au niveau du col de l'utérus et du vagin en vue d'une culture (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia*, streptocoque du groupe B) lors de la première visite
- Il peut falloir répéter les cultures entre la 36e et la 38e semaine de grossesse et un peu avant l'accouchement.

Tableau 1 : Hauteur utérine (approximative)*

Nombre de semaines de gestation	Hauteur utérine (cm)	Hauteur utérine à la palpation
8	Imperceptible à la palpation de l'abdomen (encore dans le bassin)	Pamplemousse (examen bimanuel))
12	Variable	À la symphyse pubienne
16	Variable	À mi-chemin entre la symphyse et l'ombilic
20	20	À l'ombilic
24	24	3 ou 4 doigts au-dessus de l'ombilic
28	28	À mi-chemin entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde
32	34	3 à 4 doigts au-dessous de l'appendice xiphoïde
36	36	Au niveau de l'appendice xiphoïde
38–40	Variable	2 doigts au-dessous de l'appendice xiphoïde

* Les mensurations varient entre les primigestes et les multigestes.

Dépistage du diabète

Test de tolérance au glucose (50 g) entre la 26e et la 28e semaine de grossesse ou avant si la cliente est à haut risque.

TRAITEMENT : SOINS PRÉNATALS

Objectifs

- Assurer le bien-être de la mère et de l'enfant à naître
- Rassurer la mère et l'éduquer
- Déceler rapidement les problèmes et les complications

Consultation

Dans la mesure du possible, consultez le médecin une fois par trimestre et selon les besoins lorsque vous décelez ou soupçonnez une anomalie. Essayez de faire coïncider la dernière visite prénatale avec la visite du médecin.

Interventions non pharmacologiques

Éducation de la cliente

- Expliquez à la cliente les mesures à prendre :
  - Avoir une alimentation suffisamment riche en protéines et fibres
  - Éviter de trop manger et de prendre trop de poids
  - Cesser de fumer
  - S'abstenir de consommer de l'alcool et toute drogue
  - Réduire au minimum sa consommation de médicaments en vente libre
  - Faire quotidiennement de l'exercice afin de conserver sa santé physique et mentale
  - Avoir une bonne hygiène personnelle et périnéale
  - Éviter les vêtements trop serrés autour des jambes (p. ex. mi-bas, chaussettes avec élastiques aux genoux)
  - Porter des vêtements amples et confortables
- Expliquez à la cliente les signes d'un accouchement prématuré.
- Abordez relativement tôt au cours de la grossesse la question de la nutrition des nourrissons.
- Enseignez à la cliente les soins des seins : hygiène, soutien approprié et préparation des mamelons pour l'allaitement.
- La cliente doit savoir qu'elle peut continuer à avoir des relations sexuelles à condition de se sentir à l'aise et en l'absence de contre-indications particulières.
- Encouragez-la à suivre les cours prénatals offerts dans la communauté, s'il y en a.

Demandez à la cliente de revenir à la clinique si l'un des problèmes suivants survient :

- Céphalées sévères et constantes ou trouble de la vue
- Œdème du visage et des mains
- Vomissements récurrents
- Douleurs abdominales
- Saignements
- Rupture des membranes
- Diminution ou absence de mouvements du fœtus
- Fièvre, frissons ou infection quelle qu'elle soit

Interventions pharmacologiques

Vitamines prénatales :

Prenavite (**médicament de classe A**), 1 comprimé PO par jour pendant toute la grossesse

Si le taux d'hémoglobine est < 100 g/l, recommandez à la cliente de prendre du fer :

gluconate ferreux (**médicament de classe A**), 300 mg PO 1-3 fois par jour pendant toute la grossesse

Si la cliente est Rh-, le test de détection des anticorps anti-Rhésus doit être répété à la 28e semaine et il faut lui faire une injection d'immuno-globulines anti-Rhésus. Un autre test de détection des anticorps anti-Rhésus doit être effectué 32-34 semaines après l'injection.

Surveillance et suivi

- Jusqu'à la 32e semaine de grossesse : toutes les 4 semaines
- De la 32e à la 36e semaine de grossesse : toutes les 2 semaines
- À partir de la 36e semaine et jusqu'à l'accouchement : toutes les semaines

Le suivi nécessaire varie selon les facteurs de risque.

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Orientez la cliente vers un obstétricien le plus tôt possible si vous décelez un risque élevé.
- Pour l'accouchement, prenez les mesures nécessaires au transfert de la cliente à l'hôpital entre la 36e et la 38e semaine de grossesse (plus tôt s'il s'agit d'une grossesse à haut risque).

ACCOUCHEMENT AU POSTE DE SOINS INFIRMIERS

SYMPTOMATOLOGIE

- Descente du fœtus au cours des 2 dernières semaines (de façon générale, uniquement chez les primigestes)
- Mictions plus fréquentes
- Plus de facilité à respirer
- Plus de difficulté à marcher
- Présence possible de contractions de Braxton-Hicks au cours des deux dernières semaines
- Pertes muqueuses sanguinolentes (« expulsion du bouchon muqueux»)
- Épanchement de liquide (ressemblant à une perte de contrôle de la vessie, mais il s'agit probablement du liquide amniotique)
- Apparition de contractions utérines, rythmiques, douloureuses
- Les contractions peuvent être ressenties dans le dos et le bas-ventre.
- Notez l'heure d'apparition, la fréquence et la durée des contractions.

OBSERVATIONS

- Accélération de la fréquence cardiaque
- Légère élévation possible de la tension artérielle
- Fréquence cardiaque du fœtus : 120-140 puls/min; localisez les bruits du cœur
- La cliente peut sembler anxieuse.
- La forme de l'abdomen peut changer avec les contractions.
- Des mucosités sanguinolentes peuvent être observées sur le périnée.
- Évaluez la fréquence, l'intensité et la durée des contractions.
- Évaluez la position et la présentation du fœtus.
- Évaluez l'engagement de la tête du fœtus.
- Évaluez la rupture des membranes en insérant du papier tournesol (à la nitrazine) dans la partie inférieure du vagin.
- Examinez le vagin en utilisant une technique aseptique : évaluez l'effacement et la dilatation du col, la présentation et la progression de la tête du fœtus.
- Surveillez la fréquence cardiaque du fœtus.
- Évaluez les modifications durant et après les contractions.

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Analyse d'urine (épreuve courante et examen microscopique); mesurez le glucose et la protéinurie.
- Mesurez la glycémie (aléatoire).
- Mesurez le taux d'hémoglobine.

TRAITEMENT

Objectifs

- Assurer le bien-être de la mère et du fœtus
- Assurer la mise au monde d'un bébé en santé

Consultation

Si vous avez le temps, consultez un médecin afin d'organiser le transfert de la cliente à l'hôpital pour l'accouchement.

Traitement adjuvant

Amorcez un traitement IV au moyen d'un soluté physiologique afin de maintenir l'équilibre hydrique et de pouvoir administrer des médicaments.

Interventions non pharmacologiques

- Aidez la cliente à respirer pendant chaque contraction.
- Aidez la cliente à mettre en pratique les techniques de relaxation entre les contractions afin d'éviter qu'elle ne s'épuise.
- Encouragez la cliente pendant le travail.
- Dans la mesure du possible, demandez à un membre de la famille ou à un ami de rester avec la cliente pendant le travail.
- Donnez à la cliente de petites gorgées d'eau ou de jus au début du travail.
- Si la cliente ne peut tolérer les liquides par voie orale, donnez-lui des soins buccaux en enduisant les lèvres de glycérine et de gel au moyen de tampons.

Surveillance et suivi

- Surveillez le déroulement du travail.
- Surveillez les contractions, les signes vitaux de la mère et la fréquence cardiaque du fœtus toutes les heures au début du travail, et plus fréquemment lorsque le moment de l'accouchement approche.
- Effectuez des examens vaginaux pour évaluer l'effacement et la dilatation du col.

Les examens vaginaux doivent être réduits au strict minimum.

Déroulement du travail normal

Chez une primigeste (balises générales) :

- Le col commence par s'effacer, puis se dilate.
- La dilatation progresse d'environ 1 cm à l'heure.
- Le col est complètement dilaté au bout de 10-12 heures.
- Une fois le col complètement dilaté, l'accouchement peut prendre entre 1 et 2 heures.

Chez une multigeste :

- L'effacement et la dilatation peuvent grandement varier, mais habituellement, ils se font simultanément.
- La durée de l'accouchement peut, elle aussi, grandement varier.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Si vous envisagez l'évacuation d'une cliente pendant le travail, tenez compte des facteurs suivants :

- Déroulement du travail
- Stade de dilatation
- Parité
- Laps de temps approximatif nécessaire à l'évacuation
- Si la cliente risque d'accoucher durant le transport, gardez-la au poste de soins infirmiers et aidez-la à accoucher.

Imminence de l'accouchement

Préparez le matériel pour l'accouchement, le matériel de réanimation et l'incubateur.

Soins pendant l'accouchement

- Contrôlez la sortie de la tête.
- Soutenez le périnée pour éviter les déchirures.
- Une fois la tête sortie, assurez-vous que le cordon ombilical n'est pas enroulé autour du cou.
- Si c'est le cas, glissez doucement un doigt sous le cordon et faites-le passer par-dessus la tête du bébé.
- Essuyez le visage du nouveau-né pour le débarrasser des sécrétions.
- Aspirez le contenu du nez et de la bouche du nouveau-né.
- Guidez la partie antérieure de l'épaule en l'aidant à passer sous la symphyse pubienne et faites sortir la partie postérieure de l'épaule par la courbure du bassin — ne tirez pas sur le bébé.
- Le reste du corps sera rapidement expulsé sans que vous ayez vraiment à intervenir.

Soins après la mise au monde du bébé

- Clampez le cordon en deux endroits et coupez-le entre les clamps.
- Séchez le bébé.
- Gardez le bébé au chaud et assurez-vous que la respiration est établie.
- Évaluez le score d'Apgar au bout d'une minute, puis de cinq minutes.
- Donnez le bébé à sa mère (à moins que vous n'ayez décelé des problèmes).
- Prélevez 20 ml du sang du cordon.

Expulsion du placenta

Attendez l'expulsion du placenta (cela peut prendre jusqu'à 30 minutes).

Surveillez les signes de décollement placentaire :

- La cliente peut indiquer qu'elle sent une nouvelle contraction.
- Le cordon s'allonge.
- Un épanchement important de sang se produit.
- L'utérus se contracte.

Ne tirez pas sur le cordon pour accélérer l'expulsion du placenta, à moins d'être sûre que le placenta s'est décollé!

Une fois le placenta décollé :

- Posez une main sur l'abdomen, juste au-dessus de la symphyse.
- Tenez l'utérus et tirez légèrement sur le cordon.
- Délivrez le placenta.
- Examinez le placenta et les membranes pour vous assurer qu'ils sont complets.

N'administrez pas d'oxytocine avant l'expulsion du placenta.

Après l'expulsion du placenta

- Massez l'utérus pour vous assurer de sa fermeté.
- Vérifiez s'il n'y ait pas de déchirures sur le périnée.

Interventions pharmacologiques

Administrez de l'oxytocine pour favoriser la contraction de l'utérus :

oxytocine (Syntocinon) (**médicament de classe D**), 10 unités IV ou IM

et

oxytocine (Syntocinon) (**médicament de classe D**), 20 unités dans un sac de 1 l de lactate de Ringer (réglez le débit de perfusion à 125-175 ml/h)

Surveillance postpartum

- Surveillez les pertes de sang vaginales, la fermeté de l'utérus et les signes vitaux toutes les 15 minutes pendant la première heure, puis espacez la surveillance aux 30 minutes pendant les 2 prochaines heures.
- Examinez et nettoyez le bébé.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Au besoin, transférez la mère et l'enfant à l'hôpital.

PROBLÈMES COURANTS EN OBSTÉTRIQUE

DIABÈTE GESTATIONNEL

DÉFINITION

Intolérance plus ou moins grande aux glucides, qui survient ou est décelée pour la première fois au cours de la grossesse. Après l'accouchement, la cliente retrouve habituellement une glycémie normale; cependant, elle est susceptible de souffrir de diabète véritable plus tard dans sa vie.

CAUSES

- Prédisposition génétique
- Résistance accrue des tissus à l'insuline pendant la grossesse, provoquée par l'accroissement du taux d'œstrogène et de progestérone

Facteurs de risque actuels

- Obésité (> 20 % au-dessus du poids idéal)
- Gain de poids excessif durant la grossesse
- Faible taux de cholestérol à lipoprotéines de haute densité (HDL) (< 0,9 mmol/l) ou taux élevé à jeun de triglycérides (> 2,8 mmol/l)
- Hypertension ou pré-éclampsie (le risque de diabète gestationnel augmente de 10 % à 15 % lorsqu'une hypertension est diagnostiquée).
- Polyhydramnios détecté à l'examen clinique ou par échographie
- Glycosurie répétée (> +1)
- Macrosomie décelée à l'examen clinique ou à l'échographie
- Âge de la mère > 25 ans
- Membre d'une population à risque (p. ex. ascendance autochtone, hispanique, asiatique ou africaine)

Facteurs de risque liés aux antécédents

- Antécédents familiaux de diabète
- Antécédents de diabète gestationnel ou d'intolérance au glucose
- Naissance inexpliquée d'un enfant mort-né
- Nouveau-né atteint de malformations congénitales
- Nouveau-né présentant une hypoglycémie, une hyperbilirubinémie ou une hypocalcémie
- Nouveau-né ayant un poids > 4 000 g à la naissance
- Fausses couches multiples en début de grossesse

SYMPTOMATOLOGIE

La plupart des clientes atteintes de diabète gestationnel sont asymptomatiques.

- Polydipsie
- Polyurie
- Polyphagie
- Perte de poids
- Absence de gain de poids
- Candidose vaginale ou infections urinaires à répétition

OBSERVATIONS

- La hauteur utérine peut être supérieure à la normale (en centimètres ou par rapport à l'ombilic ou à l'appendice xiphoïde), compte tenu du stade de la grossesse.

RÉSULTATS DES ANALYSES DE LABORATOIRE

- Urine : glycosurie ou présence possible de cétones mise en évidence par les bandelettes réactives

COMPLICATIONS

- Acidocétose
- Hypoglycémie du postpartum
- Polyhydramnios
- Mort fœtale *in utero*
- Retard de croissance intra-utérin
- Travail et accouchement prématurés
- Naissance d'un enfant mort-né ou mort périnatale
- Syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né
- Hypoglycémie chez le nouveau-né
- Malformations congénitales

TESTS DIAGNOSTIQUES

Dépistage du diabète gestationnel

Toutes les femmes enceintes des Premières Nations devraient faire l'objet d'un test de dépistage du diabète gestationnel asymptomatique. Il s'agit d'un test de tolérance au glucose (ingestion orale d'une dose de charge de 50 g) à la 28e semaine de grossesse :

- Si, une heure après l'administration du glucose, la glycémie est > 11,1 mmol/l, la cliente est atteinte de diabète gestationnel; aucun autre test de dépistage n'est requis.
- Si, une heure après l'administration de glucose, la glycémie est > 7,8 mmol/l, une épreuve complète d'hyperglycémie provoquée de 3 heures est justifiée.

Épreuve d'hyperglycémie provoquée de 3 heures

- Évaluez la glycémie à jeun.
- Administrez 100 g de glucose par voie orale (dose de charge).
- Évaluez la glycémie 1 heure, 2 heures et 3 heures après avoir administré le glucose (les taux diagnostiques figurent au tableau 2).
- Si deux des valeurs sont atteintes ou dépassées, la cliente est atteinte de diabète gestationnel.
- Si une valeur seulement est atteinte ou dépassée, la cliente présente une tolérance réduite au glucose.

Si la cliente présente des symptômes évocateurs de diabète gestationnel avant la 24e semaine de grossesse, effectuez une épreuve de tolérance au glucose au moment où elle consulte.

TRAITEMENT

Objectifs

- Déceler le problème le plus tôt possible
- Contrôler le mieux possible la glycémie
- Prévenir les complications pour la mère et pour le fœtus

Consultation

Consultez un médecin dès que vous diagnostiquez chez une femme enceinte une tolérance anormale au glucose. Par la suite, consultez un médecin s'il y a absence de gain de poids ou perte de poids, si la cliente est symptomatique, si la glycémie à jeun ne peut être maintenue à un taux inférieur à 5 mmol/l ou si des complications quelconques surviennent.

Interventions non pharmacologiques

Le régime alimentaire est la pierre angulaire du traitement.

- L'apport calorique quotidien doit être de 30-35 kcal/kg.
- La cliente doit éviter les pâtisseries, les sucreries et les autres aliments riches en glucides à assimilation rapide.
- Le régime doit se composer de 50 à 60 % de glucides, de 20 à 25 % de protéines et de 20 % de lipides, et doit être riche en fibres.
- Il est important de prendre des repas réguliers.
- Les glucides complexes sont recommandés (p. ex. pain, pâtes, légumineuses, pommes de terre).
- La cliente doit limiter sa consommation de sel.
- Encouragez la cliente à faire de l'exercice, car l'exercice s'est révélé particulièrement bénéfique lorsqu'il est associé à un régime alimentaire thérapeutique.
- Incitez la cliente à mesurer sa glycémie à la maison quatre fois par jour (avant les repas et au coucher).
- Encouragez la cliente à tenir un journal avec ses résultats de glycémie et examinez son journal à chacune de ses visites.
- Il est important de prévenir un gain excessif de poids.
- Il faut soutenir la cliente et la rassurer tout au long de la grossesse.

L'idéal serait que la cliente suive un cours d'enseignement sur le diabète, s'il en existe dans la communauté.

Tableau 2 : Taux diagnostiques du diabète gestationnel — Épreuve d'hyperglycémie provoquée de 3 heures

Temps écoulé depuis l'administration du glucose	Glycémie — Taux diagnostiques
À jeun	> 5,8 mmol/l
1 heure	> 10,6 mmol/l
2 heures	> 9,2 mmol/l
3 heures	> 8,1 mmol/l

Interventions pharmacologiques

Si la glycémie à jeun demeure > 11,0 mmol/l, un traitement par l'insuline est indiqué et sera prescrit par le médecin.

Les besoins en insuline ont tendance à augmenter au fur et à mesure que la grossesse avance; il peut donc falloir rajuster fréquemment les doses. Consultez un médecin pour obtenir de l'aide à ce sujet.

Surveillance et suivi

Vous devez voir la cliente toutes les 2 semaines jusqu'à la 36e semaine de grossesse, puis ensuite toutes les semaines. Évaluez les points suivants :

- Respect du régime alimentaire prescrit
- Gain ou perte de poids
- Œdème périphérique
- Tension artérielle
- Taille de l'utérus
- Croissance fœtale
- Résultats de la surveillance de la glycémie à la maison

Vérifiez la glycémie à jeun à chacune des visites. Si elle est > 10,5 mmol/l (ou si les valeurs postprandiales sont de 12,0-13,0 mmol/l), il faut hospitaliser la cliente afin de s'assurer qu'elle observe son régime alimentaire.

Échographie

- Il faut effectuer une échographie au début de la grossesse afin de déterminer avec précision l'âge gestationnel.
- Si l'on soupçonne une macrosomie, il faut faire une échographie. Si le poids du fœtus est évalué à > 4 000 g, on peut envisager une césarienne à terme.

Autre suivi

- On effectue souvent un examen de la réactivité fœtale (*non stress test*) chaque semaine à partir de la 34e ou de la 35e semaine de grossesse, mais on peut commencer avant.
- Après 40 semaines, il faut amorcer une surveillance fœtale, et l'accouchement est recommandé en cas de souffrance fœtale.
- Les femmes atteintes de diabète gestationnel devraient subir une épreuve de tolérance orale au glucose (dose de charge de 75 g) 6 semaines après l'accouchement de manière à ce qu'on puisse exclure une intolérance persistante aux glucides. Informez la cliente que son risque de développer le diabète véritable plus tard dans sa vie est évalué à environ 35 %.

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Presque tous les cas de diabète gestationnel doivent être dirigés vers un obstétricien afin qu'ils reçoivent des soins complexes, sauf les cas les plus légers.
- Le suivi doit être assuré par un médecin dans la mesure du possible.
- La cliente tirerait profit de l'évaluation et des conseils d'une diététiste, dans la mesure où ce genre de service est facilement accessible.
- Le transfert d'une cliente atteinte de diabète gestationnel vers un hôpital doit se faire plus tôt que dans le cas des autres femmes enceintes (c.-à-d. entre la 34e et la 36e semaine de grossesse).

VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE (*HYPEREMESIS GRAVIDARIUM*)

DÉFINITION

Nausées et vomissements persistants suffisamment sévères pour entraîner chez la femme enceinte une perte de poids et un état de déshydratation et pour l'empêcher de fonctionner dans ses activités quotidiennes.

CAUSES

Essentiellement inconnues. La prévalence de *l'hyperemesis gravidarum* (nausées et vomissements intenses causant une cétose et une déshydratation qui entraînent une hospitalisation) est d'environ 1 % dans l'ensemble. Elle est plus grande dans le cas des grossesses multiples et des môles hydatidiformes. Le taux de récurrence au cours des grossesses subséquentes est de 26 %.

SYMPTOMATOLOGIE

- Nausées et vomissements persistants et excessifs tout au long de la journée
- La cliente est incapable de garder les aliments, qu'ils soient solides ou liquides.

Si cette situation se prolonge, la cliente peut en outre présenter les symptômes suivants :

- Fatigue
- Léthargie
- Céphalées
- Évanouissements
- Perte de poids

OBSERVATIONS

- La fréquence cardiaque peut être rapide et faible.
- La tension artérielle est normale, mais peut être basse si la cliente est déshydratée.
- Hypotension orthostatique possible si la cliente est déshydratée
- Perte possible de poids depuis la dernière pesée
- La cliente semble en détresse légère ou modérée.
- Signes de déshydratation plus ou moins prononcés : pâleur, yeux cernés et creux, muqueuses sèches, persistance du pli cutané
- Léger ictère qui disparaît après une hydratation et une alimentation normales
- L'utérus peut être plus petit ou plus gros que la normale, compte tenu du stade de la grossesse.

RÉSULTATS DES ANALYSES DE LABORATOIRE

Analyse d'urine : urine concentrée; présence possible de corps cétoniques; oligurie.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Môle hydatidiforme
- Grossesse multiple
- Autres causes cliniques de vomissements (p. ex. gastro-entérite, pancréatite)

COMPLICATIONS

- Déshydratation
- Perturbations électrolytiques
- Carences alimentaires
- Retard de croissance intra-utérin (RCIU)
- Mort fœtale

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Analyse d'urine (analyse courante et examen microscopique)

TRAITEMENT

Objectifs

- Diagnostiquer tôt l'affection
- Prévenir les complications
- Exclure les causes organiques (p.ex. infection urinaire, hépatite, troubles du tractus gastro-intestinal, de la vésicule biliaire ou du pancréas)

Consultation

- Consultez un médecin si les interventions non pharmacologiques ne soulagent pas les symptômes dans les cas légers.
- Consultez un médecin immédiatement si la femme présente des signes cliniques de déshydratation.

Interventions non pharmacologiques

- Rassurez la cliente en lui expliquant que son état va s'améliorer avec le temps, avant la fin du premier trimestre habituellement.
- Conseillez-lui de prendre son temps pour se lever le matin et de garder près du lit des craquelins (qu'elle devra manger avant de se lever).
- Suggérez à la cliente de manger, à des intervalles fréquents, de petites quantités d'aliments ou de boissons qu'elle aime.
- Tant que les symptômes persistent, insistez sur l'importance de manger, et non sur la nature des aliments consommés; reportez-vous au tableau 3 qui donne une liste d'aliments dont le goût et la texture plaisent aux femmes enceintes.

Tableau 3 : Aliments qui plaisent aux femmes enceintes

Goût ou texture	Aliments suggérés
Salé	Chips, pretzels
Aigre, acide	Marinades, limonade
Goût de terre	Riz brun
Croquant	Bâtonnets de céleri, pommes
Fade	Purée de pommes de terre
Mou	Pain, nouilles
Sucré	Céréales sucrées
Fruité	Jus, sucettes glacées
Liquide	Jus, boissons gazeuses
Sec	Craquelins

- Suggérez à la cliente de demander à quelqu'un de cuisiner à sa place, car les odeurs de cuisson peuvent provoquer des nausées.
- Conseillez-lui de ne pas prendre de supplément de fer jusqu'à ce que les nausées aient disparu.
- Demandez à la cliente de surveiller son apport liquidien et son débit urinaire à la maison.
- Recommandez-lui de se reposer davantage car la fatigue semble exacerber les symptômes. La cliente peut avoir besoin d'aide pour prendre soin des autres enfants à la maison.
- Le fait de prendre des dispositions pour que la cliente obtienne des congés au début de la grossesse peut réduire le temps perdu dans l'ensemble au travail.
- Des techniques de psychothérapie (p.ex. contrôle du stimulus, rétroaction biologique, techniques de relaxation et visualisation) peuvent s'avérer utiles.

La stimulation du point P6 (Neiguan) par acupression s'est révélée utile. Ce point se trouve à l'intérieur des poignets, juste en amont du pli muscle fléchisseur.

Interventions pharmacologiques

Si la cliente a besoin d'un médicament pour enrayer les nausées :

dimenhydrinate (Gravol) (**médicament de classe A**), 25-50 mg PO toutes les 4-6 heures au besoin

ou

Médicament de choix :

doxylamine/B6 (Diclectin) (**médicament de classe B, non inscrit sur la liste des médicaments remboursés**), dragées de 10 mg, 2 dragées PO au coucher; si l'effet est insuffisant, la cliente peut prendre une dragée supplémentaire bid

Surveillance et suivi

Suivez la cliente toutes les semaines jusqu'à la disparition des symptômes :

- Mesurez la hauteur du fond utérin et comparez-la aux valeurs antérieures.
- Surveillez la fréquence cardiaque du fœtus.
- Surveillez les signes vitaux, le débit urinaire et les corps cétoniques.

Si la cliente est considérablement déshydratée :

- Au début, n'administrez rien par voie orale.
- Conseillez à la cliente de garder le lit.

Traitement adjuvant

- Amorcez un traitement IV au moyen d'un soluté physiologique.
- Réglez le débit de perfusion selon l'état d'hydratation de la cliente.

S'il y a présence d'hypovolémie, *voir le protocole de traitement d'un choc hypovolémique, à la rubrique « État de choc » du chapitre 14, « Urgences générales et traumatismes majeurs ».*

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale à des fins d'investigation et de traitement complémentaires.

RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRIN

DÉFINITION

- Croissance du fœtus plus lente que la normale
- Le fœtus est petit par rapport à l'âge gestationnel.

CAUSES

- Dysfonction placentaire due au tabagisme
- Abus d'alcool
- Abus de drogues
- Gain de poids insuffisant chez la mère
- Anémie
- Maladie chronique
- Diabète sucré
- Affection hypertensive provoquée par la grossesse
- Infection ou malformations chez le fœtus

SYMPTOMATOLOGIE

- Survient généralement au cours du deuxième trimestre
- La cliente peut être consciente du retard de croissance.
- Modification des mouvements du fœtus (augmentation ou diminution)
- Présence possible de pré-éclampsie et de diabète gestationnel
- Présence possible d'autres affections

OBSERVATIONS

- Poids stationnaire depuis la dernière visite
- Hauteur du fond utérin inchangée ou inférieure à ce qu'on aurait prévu depuis la dernière visite

Il faut soupçonner un problème si la hauteur du fond utérin ne correspond pas à la croissance prévue de 1 cm/semaine entre la 20e et la 36e semaine de grossesse. Un écart de 4 cm par rapport à la normale justifie une évaluation échographique. Des examens échographiques en série peuvent confirmer le diagnostic.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Mauvais calcul des dates
- Mesure erronée lors de l'évaluation précédente
- Mort fœtale *in utero*

COMPLICATIONS

Complications antepartum

- Oligohydramnios
- Acidose fœtale périnatale
- Mort fœtale *in utero*

Complications néonatales

- Circulation fœtale persistante
- Syndrome d'inhalation méconiale
- Encéphalopathie hypoxique-ischémique
- Hypoglycémie
- Hypocalcémie
- Hyperviscosité
- Trouble de régulation thermique

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Analyse d'urine
- Mesure de la glycémie
- Échographie

L'échographie est indispensable pour le diagnostic définitif.

TRAITEMENT

Objectifs

- Prévenir l'affection par la sensibilisation à l'importance de bien s'alimenter, de ne pas prendre de drogues et de ne pas fumer
- Diagnostiquer le plus tôt possible les troubles connexes (p. ex. diabète sucré, hypertension)

Consultation

Consultez un médecin immédiatement si vous observez ou soupçonnez un retard de croissance.

Interventions non pharmacologiques

Fournissez un soutien à la cliente et à sa famille.

Interventions pharmacologiques

Aucune

Surveillance et suivi

Une fois ce diagnostic établi, il est essentiel de suivre la cliente de plus près. La fréquence des visites dépendra de l'élucidation des causes sous-jacentes du retard de croissance.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Dès que possible, orientez la cliente vers un obstétricien en vue d'un examen plus poussé. Une surveillance prénatale étroite s'impose, et la décision quant à la date de l'accouchement est complexe.

GROSSESSE MULTIPLE

DÉFINITION

Présence de plus d'un fœtus dans l'utérus.

CAUSES

- Fécondation de plusieurs ovules
- Division d'un ovule fécondé en deux fœtus distincts
- Facteurs prédisposants : antécédents familiaux de grossesse multiple, traitement de l'infertilité à l'aide d'inducteurs de l'ovulation

SYMPTOMATOLOGIE

Il y a lieu de soupçonner une grossesse multiple chez les clientes qui ont des antécédents familiaux comportant des cas de grossesse multiple et chez celles qui sont traitées pour l'infertilité.

- Présence accentuée et précoce des désagréments de la grossesse
- Présence persistante et précoce de nausées, de brûlures d'estomac
- Plus tard au cours de la grossesse, dyspnée et indigestion accentuées

OBSERVATIONS

- Hauteur du fond utérin supérieure à la normale, compte tenu du stade de la grossesse.
- Les mouvements fœtaux se manifestent sur une plus grande surface.
- On peut sentir un nombre excédentaire de membres à la palpation.
- On peut entendre deux cœurs distincts.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Hydramnios
- Un seul gros bébé (macrosomie)

COMPLICATIONS

Complications pour la mère

- Pré-éclampsie
- Anémie
- Travail et accouchement prématurés
- Hydramnios
- Vomissements de la grossesse

Complications pour le fœtus

- Retard de croissance intra-utérin (RCIU)
- Anomalies congénitales
- Mort fœtale *in utero*
- Naissance prématurée

TESTS DIAGNOSTIQUES

Une échographie est indispensable pour le diagnostic définitif.

Les femmes enceintes de plusieurs fœtus doivent subir des échographies périodiques (c.-à-d. toutes les 2 semaines) à compter de la 24e semaine de grossesse. Ces examens permettent d'évaluer la croissance de chaque fœtus de manière à exclure les écarts, les anomalies et le syndrome transfuseur-transfusé; ils servent aussi à mesurer la longueur du col de l'utérus.

TRAITEMENT

Objectifs

- Diagnostiquer tôt une grossesse multiple
- Déceler tôt les complications

Consultation

Consultez un médecin si vous soupçonnez une grossesse multiple. Par la suite, consultez un médecin si vous observez ou soupçonnez des complications.

Interventions non pharmacologiques

Vu que les grossesses multiples aboutissent souvent à un accouchement prématuré, il y a lieu de faire les recommandations suivantes à la cliente :

- Limiter les activités physiques
- Éviter les déplacements inutiles
- Limiter l'exposition à un stress psychologique (cela signifie que la cliente devra peut-être quitter son travail vers la 28e-30e semaine de gestation).

Les preuves quant à l'utilité de ces interventions ne sont actuellement pas concluantes.

- En outre, conseillez la cliente sur le plan de l'alimentation (elle doit prendre des suppléments de vitamines et de fer) : les besoins nutritionnels lors d'une grossesse multiple diffèrent de ceux d'une grossesse ordinaire; la cliente devrait donc ajouter 300 kcal à l'apport normal recommandé pour une grossesse unique.
- Évaluez le soutien apporté par l'entourage et la mesure dans laquelle la grossesse multiple est acceptée.

Interventions pharmacologiques

L'apport en fer doit être doublé.

Surveillance et suivi

- Suivez la cliente toutes les 2 semaines à partir de la date du diagnostic.
- Faites examiner la cliente par le médecin à chacune de ses visites au poste de soins infirmiers.

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Orientez la cliente vers un obstétricien.
- Prenez les mesures nécessaires à une hospitalisation précoce.
- Dans la plupart des cas de grossesse multiple, l'accouchement a lieu vers la 36e semaine.
- Lorsqu'une grossesse multiple se prolonge au-delà de 38 semaines, on considère que la date de l'accouchement est dépassée et on peut envisager le déclenchement du travail.

Césarienne

La plupart des jumeaux peuvent naître par voie vaginale. Une césarienne est indiquée dans les circonstances énumérées ci-dessous.

Indications absolues

- Jumeaux mono-amniotiques
- Jumeaux siamois
- Présentation transverse du jumeau « A »
- Emplacement anormal du placenta (p. ex. placenta praevia)
- Plus de deux fœtus

Indications relatives

- Présentation du jumeau « A » par le siège
- L'un des deux jumeaux ou les deux sont dans un état fœtal préoccupant.
- Discordance fœtale > 20 % dans la circonférence abdominale, en particulier si le premier jumeau est plus petit

HYDRAMNIOS

DÉFINITION

Accumulation excessive de liquide amniotique (> 1 500 ml).

CAUSES

- Essentiellement inconnues
- Diabète gestationnel
- Jumeaux
- Anomalies fœtales

SYMPTOMATOLOGIE

- Se manifeste au bout de 28-32 semaines de grossesse
- Présence de facteurs prédisposants chez la mère
- Inconfort abdominal dû à une surdistension de l'utérus et de la paroi abdominale
- Dyspnée et brûlures d'estomac dues à l'élévation excessive du diaphragme
- Œdème des jambes et de la vulve
- Gain de poids excessif

OBSERVATIONS

- Gain de poids inexpliqué (de 2-4 kg en 4 semaines)
- Utérus plus gros que la normale, compte tenu du stade de la grossesse
- Abdomen de forme sphérique
- Épiderme abdominal luisant, marqué de veines proéminentes et de vergetures
- Hauteur utérine supérieure à la normale, compte tenu du stade de la grossesse
- Membres du fœtus difficiles à palper
- Tension de l'utérus
- Frémissement du liquide amniotique : on sentira une vague contre la main gauche en posant celle-ci d'un côté de l'utérus et en donnant une tape vive de l'autre côté.
- Les battements du cœur fœtal sont étouffés, distants, voire inaudibles.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Grossesse multiple

COMPLICATIONS

- Travail prématuré
- Présentation anormale
- Prolapsus du cordon ombilical et rupture des membranes
- Hémorragie postpartum
- Pré-éclampsie

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Une échographie est indispensable pour confirmer le diagnostic.

TRAITEMENT

Objectifs

Diagnostiquer tôt le problème

Consultation

Consultez un médecin si vous soupçonnez un hydramnios.

Interventions non pharmacologiques

Conseillez et encouragez la cliente et sa famille, au besoin.

Interventions pharmacologiques

Aucune

Orientation vers d'autres ressources médicales

Orientez la cliente vers d'autres ressources pour des examens plus poussés.

TROUBLES DE L'HYPERTENSION AU COURS DE LA GROSSESSE

DÉFINITION

Les troubles de l'hypertension au cours de la grossesse doivent être classés dans l'une des catégories suivantes :

- Hypertension préalable
- Hypertension gravidique avec ou sans protéinurie
- Hypertension préalable conjuguée à une hypertension gravidique avec protéinurie
- Hypertension anténatale inclassable, mais qu'on pourra classer définitivement 42 jours après l'accouchement

Source : Conférence de consensus de la Société canadienne de l'hypertension artérielle (Helewa *et al.*, 1997)

CAUSES

- Inconnues
- Facteurs prédisposants : hypertension, diabète sucré, affection rénale chronique, grossesse multiple, grossesse à l'adolescence, hydramnios, môle hydatidiforme

SYMPTOMATOLOGIE

– Troubles plus fréquents chez les primigestes
– La cliente a souvent < 20 ans ou > 35 ans.
– Présence possible de l'un des facteurs prédisposants énumérés plus haut
– Un gain de poids excessif peut être le premier signal d'alarme.
– Les symptômes varient de très légers à sévères.
– Affection bénigne : la cliente peur présenter un œdème facial ou périphérique (p. ex. bagues trop serrées).
– Affection sévère : céphalées, troubles de la vue, œdème facial et périphérique, altération du degré de conscience, douleurs à l'épigastre ou dans le quadrant supérieur droit de l'abdomen, oligurie, dyspnée

OBSERVATIONS

– Les signes physiques dépendent de la sévérité de l'affection.
– La présence de symptômes et de signes ainsi que la hausse relative de la tension artérielle de la cliente (par rapport à sa tension normale) permettent d'évaluer la sévérité de l'affection.

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES CRITÈRES DE DIAGNOSTIC

– L'œdème et le gain de poids ne doivent pas servir de critères de diagnostic.
– Une TA diastolique ≥ 90 mm Hg devrait être le critère de diagnostic de l'hypertension gravidique et devrait déclencher une investigation et un traitement.
– Sauf dans le cas de valeurs diastoliques très élevées (≥ 110 mm Hg ou plus), toutes les valeurs diastoliques ≥ 90 mm Hg devraient être confirmées après 4 heures.
– Un sphygmomanomètre au mercure étalonné régulièrement, doté d'un brassard de la bonne taille, est l'instrument de choix. Avant de mesurer la TA, la cliente doit être au repos depuis 10 minutes. Elle doit être assise bien droite et le brassard doit être placé au niveau du cœur. Les bruits de Korotkoff des phases IV et V doivent être notés, mais il faut se baser sur le bruit de la phase IV pour amorcer une investigation clinique et un traitement.
– Un taux de protéines supérieur à 0,3 g/jour dans l'urine devrait être le critère de diagnostic d'une protéinurie; la collecte des urines de 24 heures devrait être la façon normalisée de déterminer la protéinurie.

Source : Conférence de consensus de la Société canadienne de l'hypertension artérielle (Helewa et coll., 1997)

Affection sévère

– Présence possible d'œdème du visage, des mains et des pieds
– Absence possible d'œdème, mais gain de poids rapide
– Sensibilité de l'abdomen dans le quadrant supérieur droit
– Des réflexes tendineux profonds révèlent une hyperréflexivité.
– Cœur et poumons : bruit de galop et râles crépitants possibles (à cause de l'œdème pulmonaire)

RÉSULTATS DES ANALYSES DE LABORATOIRE

– Urine : ≥ 3 protéinurie

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

– Hypertension préalable

COMPLICATIONS

– Éclampsie
– Morbidité et mortalité maternelles et fœtales
– Accouchement prématuré
– Décollement placentaire
– Petit bébé par rapport à l'âge gestationnel (p. ex. retard de croissance intra-utérin [RCIU])
– Syndrome HEHRP (voir ci-dessous)

La combinaison d'un taux élevé d'enzymes hépatiques, d'une hémolyse et d'une thrombopénie caractérise une forme sévère d'hypertension gravidique : le syndrome HEHRP (Hémolyse, Enzymes Hépatiques élevées, nombre Réduit de Plaquettes).

Des taux anormaux d'enzymes hépatiques sont associés à une hypertension gravidique. L'atteinte du foie s'accompagne souvent de l'atteinte d'autres organes, dont les reins et le cerveau. Dans le cas du syndrome HEHRP, la LDH (lacticodéshydrogénase) et la thrombopénie servent à évaluer la sévérité de l'affection et le potentiel de rétablissement après l'accouchement.

TESTS DIAGNOSTIQUES

– Dosage de l'hémoglobine
– Analyse d'urine (pour déterminer le taux de protéines)
– Collecte des urines de 24 heures (pour déterminer le taux de protéines)

TRAITEMENT

Objectifs

- Diagnostiquer tôt l'affection
- Prévenir les complications pour la mère et pour le fœtus

Consultation

Consultez un médecin si vous observez une affection symptomatique.

Interventions non pharmacologiques

- Il faut envisager un traitement non pharmacologique pour toute femme enceinte qui présente une TA systolique de 140-150 mm Hg ou une TA diastolique de 90-99 mm Hg, ou encore les deux.
- Une courte hospitalisation peut s'avérer nécessaire pour affirmer le diagnostic et pour écarter une hypertension gravidique sévère (pré-éclampsie); en cas de pré-éclampsie, le seul traitement efficace est l'accouchement.
- Le traitement palliatif, qui sera fonction de la tension artérielle, de l'âge gestationnel et de la présence de facteurs de risque chez la mère et le fœtus, comprendra une étroite surveillance, la limitation des activités et du repos au lit.
- On conseille un régime normal sans restriction de sel.
- Certaines interventions préventives prometteuses permettraient d'éviter l'hypertension gravidique, en particulier avec protéinurie : administration d'un supplément de calcium (2 g/jour) et d'huile de poisson, surtout chez les femmes à haut risque d'apparition précoce de cette affection.
- L'hypertension préalable doit être traitée de la même manière qu'avant la grossesse. Toutefois, il faut se préoccuper également des effets du traitement sur le fœtus et de l'aggravation de l'hypertension durant la seconde moitié de la grossesse.
- Il n'existe, pour le moment, aucun traitement qui prévienne l'exacerbation de ce trouble.

Source : Conférence de consensus de la Société canadienne de l'hypertension artérielle (Moutquin et coll., 1997)

Éducation de la cliente

- Expliquez l'évolution de la maladie et le pronostic.
- Insistez sur la nécessité d'une surveillance étroite qui permettra de déceler le plus tôt possible la progression de la maladie.
- Recommandez à la cliente de se présenter immédiatement à la clinique si les symptômes s'intensifient.

Interventions pharmacologiques

On associe un supplément de calcium (2 g/jour) à une baisse de la TA dans les cas d'hypertension gravidique avec ou sans protéinurie, tant chez les femmes à faible risque que chez les femmes à haut risque (recommandation de niveau B [bonnes preuves justifiant le recours à cette mesure]). Il n'y a pas d'effet évident sur la prévention d'une hypertension plus sévère chez les femmes déjà atteintes d'hypertension gravidique (recommandation de niveau B).

Source : Conférence de consensus de la Société canadienne de l'hypertension artérielle (Moutquin et coll., 1997)

Ne prescrivez pas de calcium tant qu'un médecin ne vous aura pas conseillé de le faire.

Surveillance et suivi

- Surveillez les signes vitaux et l'état général de la cliente pour détecter toute évolution des symptômes vers une pré-éclampsie sévère ou une éclampsie.
- Évaluez le cœur et les mouvements fœtaux.
- Surveillez étroitement l'apport de liquides et le débit urinaire.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Il peut être indiqué de diriger d'urgence la cliente vers un hôpital en vue d'une évaluation si les symptômes sont importants et qu'un traitement à domicile est impossible.

Dans le cas des clientes atteintes de pré-éclampsie sévère ou d'éclampsie, *voir plus loin la rubrique « Pré-éclampsie sévère et éclampsie » dans la section « Urgences obstétricales » du présent chapitre.*

PROTOCOLE RELATIF AUX INFECTIONS À STREPTOCOQUES DU GROUPE B

Les streptocoques du groupe B continuent d'être l'une des principales causes de septicémie néonatale. Chez le nouveau-né, la source de l'infection est le canal vaginal colonisé par la bactérie. La transmission survient avant ou pendant l'accouchement.

On estime que le taux de colonisation des femmes enceintes par des streptocoques du groupe B varie de 15 à 40 %. L'infection est transmise dans 40 à 70 % des cas, mais la septicémie ne survient que chez 1 ou 2 % des nouveau-nés touchés.

La septicémie à streptocoque du groupe B survient au début de la période néonatale (< 7 jours après la naissance) ou un peu plus tard (entre 7 jours et 3 mois après la naissance). La survenue précoce est plus fréquente et est associée à un taux de mortalité plus élevé.

Plusieurs stratégies axées sur une antibiothérapie ont été mises au point pour prévenir ce type d'infection chez le nouveau-né : des stratégies néonatales, antepartum et intrapartum. Aucune, cependant, ne permet de prévenir tous les cas de survenue précoce de septicémie à streptocoque du groupe B.

TRAITEMENT

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada recommande les mesures suivantes :

- Le dépistage systématique chez toutes les femmes enceintes entre la 35e et la 37e semaine de grossesse au moyen d'un prélèvement vaginal et l'offre d'une chimioprophylaxie intrapartum à toutes les femmes infectées par un streptocoque du groupe B.
- Aucun dépistage systématique mais une chimioprophylaxie intrapartum pour toutes les femmes chez lesquelles on a relevé des facteurs de risques (voir plus loin). Il faudrait aussi recourir à cette stratégie dans les cas où le dépistage systématique est une politique établie mais où il n'y a pas eu de prélèvement ou où les résultats ne sont pas disponibles.

Facteurs de risque

- Déclenchement prématuré du travail à < 37 semaines de grossesse.
- Travail à terme à > 37 semaines de grossesse lorsque la rupture des membranes est survenue depuis plusieurs heures (> 18 heures) ou que la mère a de la fièvre pendant le travail (> 38 °C).
- Antibiothérapie orale antepartum dans le cas d'une bactériurie à streptocoque du groupe B. Il faut considérer que les femmes infectées sont déjà colonisées par un streptocoque du groupe B au début du travail. Elles n'ont pas besoin de faire l'objet d'un second dépistage une fois que la bactérie a déjà été détectée.
- Femmes ayant déjà donné naissance à un enfant infecté par un streptocoque du groupe B quels que soient leurs résultats aux tests de dépistage.

Interventions pharmacologiques

Antibiotiques de choix pour une prophylaxie intrapartum :

ampicilline (Ampicin) (**médicament de classe D**), 2 g IV, puis 1-2 g IV toutes les 4-6 heures jusqu'à l'accouchement ou jusqu'à la fin du travail

Dans le cas des clientes allergiques à la pénicilline :

clindamycine (Cleocin) (**médicament de classe B**), 300-600 mg IV toutes les 8 heures

URGENCES OBSTÉTRICALES

SAIGNEMENTS PENDANT LA GROSSESSE

Différents problèmes et affections peuvent causer des saignements pendant la grossesse (tableau 4). Beaucoup d'entre eux sont des urgences obstétricales et sont expliqués plus en détail ci-dessous.

Tableau 4 : Diagnostic différentiel de saignements pendant la grossesse

Âge gestationnel < 20 semaines	Âge gestationnel ≥ 20 semaines
Saignements associés à l'implantation	Placenta praevia
Retard des règles normales	Décollement placentaire
Lésions du col de l'utérus (érosion, polype, dysplasie)	Travail prématuré
Grossesse ectopique	Môle hydatidiforme
Avortement spontané (menace d'av., av. inévitable, incomplet)	Mort fœtale *in utero*
Rétention fœtale	

AVORTEMENT SPONTANÉ

DÉFINITION

Perte ou perte imminente du produit de conception avant la 20e semaine de grossesse.

Menace d'avortement spontané

- Présence possible des symptômes du début de la grossesse
- Légères crampes s'accompagnant de saignements
- Col de l'utérus long et fermé
- Taille de l'utérus concordant avec l'âge gestationnel
- Évolue vers un avortement inévitable dans environ 50 % des cas

Avortement inévitable

- Crampes persistantes et saignements modérés.
- Ouverture de l'orifice du col de l'utérus.
- Ne doit pas être confondu avec l'incompétence cervicale, qui n'est pas associée à des crampes et qui peut être traitée; l'incompétence cervicale est associée à une dilatation indolore du col.

Avortement incomplet

- Les symptômes sont les mêmes que ceux de l'avortement inévitable, mais une partie du produit de conception est retenue dans l'utérus (on peut croire à tort que les caillots de sang sont des tissus) ou dans la cavité du col utérin, ce qui cause des crampes constantes et une hémorragie.
- L'examen au spéculum révèle la dilatation de l'orifice du col et la présence de tissus dans la cavité endocervicale ou le vagin.
- Les saignements peuvent être abondants.

Avortement complet

- La totalité du produit de conception est expulsé, puis les crampes et les saignements diminuent ou cessent.
- À l'examen, l'utérus est ferme et plus petit que prévu, compte tenu du stade de la grossesse.

Rétention fœtale

- Le produit de conception est retenu dans l'utérus pendant 3 semaines ou plus après la mort fœtale.
- Les signes et les symptômes de la grossesse s'atténuent; un test de grossesse donne des résultats négatifs.
- Pertes vaginales brunâtres (rarement un saignement véritable).
- Crampes rares.
- Utérus mou et de forme irrégulière.
- L'échographie exclut toute possibilité de fœtus vivant.

Avortement septique

- L'un des scénarios ci-dessus s'accompagnant d'une température > 38 °C sans autre cause de fièvre.
- Associé à un stérilet ou à une manœuvre instrumentale durant un avortement thérapeutique.
- Sensibilité abdominale et utérine à la palpation, pertes purulentes et choc septique possible.

CAUSES

Les avortements spontanés se produisent dans 15 à 25 % des grossesses confirmées et peut-être dans près de 50 % de toutes les conceptions.

- Anomalies fœtales incompatibles avec la vie (chromosomiques ou autres)
- Mauvaise implantation de l'œuf
- Infection chez la mère
- Anomalies de l'utérus et du col utérin

SYMPTOMATOLOGIE

- Symptômes et signes évocateurs de grossesse (absence de règles pendant un ou plusieurs cycles menstruels, nausées, vomissements, sensibilité mammaire)
- Crampes
- Saignements vaginaux s'accompagnant souvent de l'expulsion de tissus

Il faut examiner toutes les clientes dont les saignements sont suffisamment abondants pour imbiber une serviette hygiénique par heure ou qui présentent des symptômes d'hypotension orthostatique (étourdissements lorsqu'elles se mettent debout, évanouissement).

OBSERVATIONS

L'examen doit inclure la vérification des signes vitaux et des signes vitaux orthostatiques, un examen pelvien visant à vérifier si l'orifice du col utérin est ouvert ou fermé, la présence de tissus et toute autre cause de saignements vaginaux (érosion du col utérin, polype, infection, lésion vaginale ou grossesse ectopique). Il faut mesurer l'utérus et vérifier les bruits du cœur fœtal à l'aide d'un Doppler si l'âge gestationnel est de 10 à 12 semaines.

- La fréquence cardiaque peut être élevée.
- La tension artérielle peut être basse.
- Présence possible d'hypotension orthostatique
- La saturation en oxygène peut être anormale si la cliente est en état de choc.
- La cliente semble anxieuse.

Examen pelvien

- *Menace d'avortement :* orifice du col utérin fermé; présence manifeste d'écoulement sanguin de l'orifice.
- *Avortement inévitable :* orifice du col utérin ouvert et une partie du produit de conception dépasse; écoulement de sang manifeste par l'orifice.
- *Avortement incomplet :* orifice du col utérin ouvert; écoulement de sang manifeste par l'orifice; légère sensibilité sus-pubienne; l'utérus peut être petit, compte tenu de l'âge gestationnel.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Grossesse ectopique
- Môle hydatidiforme
- Autres causes fréquentes de saignements vaginaux (p. ex. érosion du col utérin, polype, cervicite, traumatisme local)

Pour d'autres causes de saignements, voir le tableau 4, ci-dessus, dans le présent chapitre.

COMPLICATIONS

- Hémorragie sévère
- Choc hypovolémique
- Rétention de produits de conception avec ou sans endométrite
- Choc cervical (hypotension vaso-vagale due à une dilatation du col par des tissus)

TESTS DIAGNOSTIQUES

Résultat positif au test de grossesse dans 75 % des cas; un résultat négatif n'exclut donc pas la possibilité d'un avortement spontané.

- Dosage de l'hémoglobine
- Analyse d'urine

TRAITEMENT

Objectifs

- Prévenir les complications
- Arrêter la perte de sang
- Maintenir le volume sanguin

En consultation externe, il est souvent difficile de déterminer si un avortement spontané est complet ou incomplet. Il est probablement plus prudent de traiter tous les avortements spontanés comme des avortements incomplets si les douleurs abdominales s'accompagnent de saignements vaginaux actifs abondants.

Menace d'avortement, avortement incomplet ou avortement inévitable sans perturbation hémodynamique

En l'absence d'une perturbation de l'équilibre hémodynamique, une menace d'avortement, un avortement incomplet ou un avortement inévitable doit être traité selon les instructions du tableau 5.

Avortement inévitable ou incomplet chez une cliente présentant une instabilité hémodynamique

Consultation

Consultez un médecin dès que l'état de la cliente s'est stabilisé.

Interventions non pharmacologiques

- N'administrez rien par voie orale.
- Gardez la cliente au lit.
- Placez-la dans la position de Trendelenburg (au besoin) afin de faciliter le retour veineux.
- Mettez en place une sonde urinaire si la cliente est en état de choc.
- Surveillez l'apport liquidien et le débit urinaire toutes les heures.
- Visez un débit urinaire de 50 ml/h.

Traitement adjuvant

Une réanimation liquidienne énergique s'impose si la cliente est en état de choc hypovolémique :

- Amorcez un traitement IV avec du soluté physiologique.
- Mettez en place deux intraveineuses de gros calibre si la cliente présente une hypotension.
- Administrez en bolus de 20 ml/kg de soluté physiologique en 15 minutes.
- Réévaluez les signes d'état de choc.
- Répétez des bolus de 20 ml/kg jusqu'à ce que la pression systolique se stabilise à > 90 mm Hg, puis rajustez le débit de perfusion en fonction de la sévérité des saignements vaginaux et des signes vitaux.
- Administrez de l'oxygène au masque à raison de 6-10 l/min; maintenez la saturation en oxygène > 97-98 %.

Reportez-vous au protocole de traitement d'un choc hypovolémique, *dans la section « État de choc » du chapitre 14, « Urgences générales et traumatismes majeurs »*.

Interventions pharmacologiques

oxytocine pour perfusion (Syntocinon) (**médicament de classe D**), 20 unités dans 1 l de soluté physiologique ou de lactate de Ringer, 50-100 ml/h

Si vous ne pouvez amorcer un traitement IV et que le saignement est abondant :

oxytocine (Syntocinon) (**médicament de classe D**), 5-10 mg IM

ou

consultez un médecin au sujet de l'ergotamine (**médicament de classe B**), 0,25 mg IM

Vérifiez le facteur Rhésus (il faut administrer aux clientes des immuno-globulines anti-Rhésus dans les 48 heures, si cela est indiqué).

Surveillance et suivi

- Surveillez les saignements vaginaux, les crampes, l'expulsion de tissus ou de caillots, les signes vitaux, l'apport liquidien et le débit urinaire.
- Conservez tout le produit de conception qui a été expulsé et envoyez-le à l'hôpital avec la cliente.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale dès que possible.

Tableau 5 : Traitement d'une menace d'avortement, d'un avortement incomplet ou d'un avortement inévitable sans perturbation hémodynamique

Menace d'avortement	Avortement incomplet ou inévitable
Plus de repos, si possible. Acétaminophène (**médicament de classe A**), 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 heures au besoin pour soulager la douleur. Rien dans le vagin (pas de tampons, douches, relations sexuelles). Envisager une échographie afin de visualiser le sac gestationnel et l'activité cardiaque ou d'écarter une grossesse ectopique (l'activité cardiaque permet de prévoir la poursuite de la grossesse dans > 90 % des cas). Envisager de surveiller le taux de gonadotrophine chorionique (HCG) à des fins de pronostic (une augmentation < 66 % en 48 heures permet de prévoir un avortement ou une grossesse ectopique). Offrir un soutien affectif.	Les tissus visibles dans l'orifice du col doivent être enlevés en douceur avec des pinces circulaires afin de permettre à l'utérus de se contracter; restreindre au minimum la manipulation de manière à réduire le risque d'infection. Envisager le goutte-à-goutte IV avec de l'oxytocine (Syntocinon) (**médicament de classe D**) comme solution de rechange (20 unités dans 1 l de soluté physiologique ou de lactate de Ringer à raison de 50-100 ml/h). Si l'on ne peut amorcer de traitement IV et que le saignement est abondant : Administrer de l'oxytocine (Syntocinon) (**médicament de classe D**), 5-10 mg IM *ou* consulter un médecin au sujet de l'ergotamine (**médicament de classe B**), 0,25 mg IM (contre-indiquée si la cliente est hypotendue). Les clientes présentant un avortement incomplet (expulsion de tissus et écoulement de sang continu) ont souvent besoin d'un curetage par aspiration ou d'une dilatation et d'un curetage. Administrer des immuno-globulines anti-Rhésus aux femmes ayant un Rh- dans les 48 heures. Offrir un soutien affectif.

HÉMORRAGIE ANTEPARTUM (TARDIVE)

DÉFINITION

Saignement vaginal qui se produit après 20 semaines de grossesse.

CAUSES

Les deux causes les plus fréquentes en sont le placenta praevia et le décollement placentaire, décrits au table au 6

Tableau 6 : Description et classification du placenta praevia et du décollement placentaire

Placenta praevia	Décollement placentaire
Définition	**Définition**
Implantation du placenta sur le segment inférieur de l'utérus.	Décollement du placenta de la paroi utérine; peut être partiel, rarement complet.
Classification	**Classification**
Insertion marginale : implantation basse, affleurant l'orifice du col sans le recouvrir. Placenta partiellement recouvrant : recouvre partiellement l'orifice du col. Placenta recouvrant : recouvre complètement l'orifice du col.	Léger : léger saignement vaginal (< 100 ml); aucune anomalie de la fréquence cardiaque fœtale; aucun signe d'état de choc ou de coagulopathie. Modéré : saignement vaginal modéré (100-150 ml) et hypersensibilité utérine avec ou sans tonus élevé; présence possible d'un léger état de choc et de souffrance fœtale. Saignement sévère : saignement vaginal abondant (> 500 ml), utérus tétanique et état de choc modéré à profond chez la mère; la mort fœtale et la coagulopathie chez la mère sont caractéristiques.
Prévalence	**Prévalence**
1 accouchement sur 200 (diagnostic très souvent établi au cours du deuxième trimestre, mais dans 95 % de ces cas, le placenta praevia n'est plus présent à l'accouchement).	10 % des accouchements (forme sévère rare).
Facteurs de risque	**Facteurs de risque**
Âge avancé de la mère, multiparité, cicatrice utérine antérieure, associé à un siège ou à une présentation transversale.	Antécédents de décollement placentaire, d'hypertension chez la mère, de tabagisme ou d'usage de cocaïne, âge avancé de la mère, multiparité; peut être associé à une rupture prématurée des membranes, à une grossesse gémellaire après l'accouchement d'un premier enfant et à un traumatisme.
Tableau clinique	**Tableau clinique**
Saignements vaginaux habituellement indolores (sang rouge vif). Au début, la perte de sang est peu abondante, mais les saignements ont tendance à se répéter, et le volume des pertes augmente au fur et à mesure que la grossesse évolue. Vérifier le facteur Rhésus.	Saignements vaginaux dans 80 % des cas, mais le sang peut être retenu derrière le placenta (c.-à-d. hémorragie rétroplacentaire); donc, la perte de sang observée peut ne pas expliquer la perturbation hémodynamique chez la mère. On observe habituellement de la douleur et une hypertonie de l'utérus. L'intensité de la douleur s'accroît. Vérifier le facteur Rhésus.
Observations	**Observations**
Fréquence cardiaque normale ou élevée. Tension artérielle normale ou basse, ou hypotension. Présence possible d'hypotension orthostatique. Fréquence cardiaque fœtale habituellement normale. Légère souffrance ou état de choc véritable. Écoulement de sang rouge vif par le vagin. Hauteur du fond utérin correspondant à l'âge gestationnel. Utérus mou, tonus normal, non sensible à la palpation. Taille de l'utérus correspondant à l'âge gestationnel. Présentations transversales, obliques ou par le siège (fréquentes). Trouble à soupçonner lorsque la présentation par le siège est persistante. La fréquence cardiaque fœtale dépend du volume de sang perdu. L'examen au spéculum est discutable. Le toucher vaginal est contre-indiqué.	Dépendent du degré de décollement et du volume de sang perdu. Si le décollement est léger, les signes peuvent être minimes. Fréquence cardiaque légèrement ou grandement accélérée. Tension artérielle normale ou basse, ou hypotension. Fréquence cardiaque fœtale élevée, réduite ou absente. La cliente semble en état de souffrance aiguë. Elle peut être pâle ou inconsciente (si elle est en état de choc). Saignements vaginaux modérés, abondants ou absents. En cas de rupture des membranes, le liquide amniotique peut être teinté de sang. La taille de l'utérus peut être plus grande que la normale, compte tenu du stade de la grossesse. Sensibilité de l'utérus. Hypertonie de l'utérus (tendu ou dur). Présence de contractions utérines, parfois prolongées. L'utérus peut ne pas se décontracter complètement entre les contractions.

TESTS DIAGNOSTIQUES

– Dosage de l'hémoglobine
– Analyse d'urine

TRAITEMENT

Objectifs

– Diagnostiquer tôt l'affection
– Réanimer et stabiliser la cliente si elle est en état de choc
– Prévenir les complications

Consultation

Consultez un médecin dès que l'état de la cliente est stabilisé.

Interventions non pharmacologiques

– N'administrez rien par voie orale.
– Gardez la cliente au lit.
– Placez la cliente dans la position de Trendelenburg position (au besoin) afin de favoriser le retour veineux si elle est en état de choc.
– Mettez en place une sonde urinaire si la cliente est en état de choc.
– Surveillez l'apport liquidien et le débit urinaire toutes les heures.
– Visez un débit urinaire de 50 ml/h.

Traitement adjuvant

Une réanimation liquidienne énergique s'impose si la cliente est en état de choc hypovolémique :

– Amorcez un traitement IV avec du soluté physiologique.
– Administrez en bolus 20 ml/kg de soluté physiologique en 15 minutes.
– Réévaluez les signes de l'état de choc.
– Répétez les bolus de 20 ml/kg jusqu'à ce que la pression systolique se stabilise à > 90 mm Hg.
– La poursuite de la thérapie intraveineuse dépend de la réaction de la cliente à la réanimation liquidienne initiale, de la persistance des pertes et de la cause de l'hémorragie.
– Rajustez le débit de perfusion en conséquence de manière à maintenir le débit urinaire à 50 ml/h.
– Administrez de l'oxygène au masque à raison de 6-10 l/min; maintenez la saturation en oxygène > 97-98 %.

Intervention pharmacologique

Aucune

Surveillance et suivi

– Surveillez les signes vitaux toutes les 10-15 min s'il y a présence d'hypotension ou si les saignements vaginaux continuent.
– Surveillez la fréquence cardiaque fœtale toutes les 15 min.
– Surveillez les signes du début du travail.
– Évaluez la stabilité des problèmes médicaux pré-existants.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale dès que possible.

GROSSESSE ECTOPIQUE

DÉFINITION

Implantation et croissance de l'ovule fécondé à l'extérieur de l'utérus. L'ovule s'implante souvent dans une trompe de Fallope, mais il peut aussi s'implanter dans la cavité abdominale, sur un ovaire ou dans le col de l'utérus.

CAUSES

Inconnues

Facteurs de risque

– Antécédents d'affection inflammatoire pelvienne s'accompagnant d'adhérences
– Utilisation d'un stérilet
– Antécédents de chirurgie tubaire ou abdominale
– Antécédents de grossesse ectopique
– Infertilité relative

SYMPTOMATOLOGIE

– Aménorrhée de 6-8 semaines.
– Symptômes de grossesse suivis de saignements vaginaux anormaux qui peuvent prendre simplement la forme de saignotements brunâtres.
– Douleur abdominale basse, unilatérale, à type de crampe.
– Absence possible d'aménorrhée; dans ce cas, la durée des dernières règles peut avoir été anormale.
– Résultat positif possible à un test de grossesse.
– Vérifiez le facteur Rhésus.

Grossesse ectopique aiguë (avec rupture)

- Représente 40 % des cas
- Apparition soudaine d'une douleur abdominale basse unilatérale
- Douleur habituellement intense
- Douleur pouvant être constante ou intermittente
- La douleur peut être assez intense pour provoquer un évanouissement.
- Elle peut se généraliser ou demeurer localisée dans un quadrant.
- Elle peut irradier jusqu'à la pointe de l'épaule (en cas d'hémorragie massive).
- Présence fréquente de nausées et vomissements
- Présence possible de lombalgie

Grossesse ectopique chronique (sans rupture)

- Représente 60 % des cas
- Légers saignotements vaginaux persistant pendant plusieurs jours
- Malaise dans le bas-ventre (souvent léger)
- Dans certains cas, crises de douleurs vives et lipothymie
- Présence possible d'une distension

OBSERVATIONS

- Fréquence cardiaque élevée
- Tension artérielle basse ou hypotension (s'il y a rupture)
- Une hypotension orthostatique peut être un signe précoce de perte de sang.
- Cliente en état de souffrance modérée à aiguë
- Pâleur, sueurs
- La cliente marche prudemment, en se penchant légèrement en avant et en se tenant le bas-ventre.
- Présence possible de distension abdominale
- Diminution possible des bruits intestinaux
- Sensibilité du bas-ventre
- Présence possible de douleur à la décompression, de défense musculaire ou de rigidité

Examen pelvien

- Sensibilité annexielle unilatérale.
- Présence possible d'une masse annexielle sensible ou d'une pesanteur.
- Orifice du col utérin fermé.
- Écoulement de sang par l'orifice, mais absence de tissus.
- Douleur à la mobilisation du col.
- L'utérus peut être mou, insensible à la palpation et hypertrophié.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Appendicite aiguë
- Infection pelvienne aiguë
- Rupture ou torsion d'un kyste ovarien
- Autre affection abdominale aiguë
- Avortement spontané

COMPLICATIONS

- État de choc
- Grossesse ectopique ultérieure

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Test de grossesse : résultat positif ou négatif

TRAITEMENT

Il faut toujours soupçonner ce problème chez une femme sexuellement active qui présente des douleurs et des saignements vaginaux.

Objectifs

- Traiter les complications

Douleur non intense et stabilité hémodynamique

Consultation

Consultez un médecin.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Le jour même, faites passer une échographie pour qu'un diagnostic définitif puisse être établi.

Douleur intense ou perturbation hémodynamique

Une douleur intense et une perturbation hémodynamique évoque la possibilité d'une rupture.

Interventions non pharmacologiques

- Gardez la cliente au lit.
- Placez la cliente dans la position de Trendelenburg (au besoin) pour favoriser le retour veineux si elle est en état de choc.
- N'administrez rien par voie orale.
- Surveillez les signes vitaux.
- Mettez en place une sonde urinaire.

Traitement adjuvant

- Administrez de l'oxygène au masque à raison de 6-10 l/min; maintenez la saturation en oxygène > 97-98 %.
- Mettez en place 2 intraveineuses de gros calibre (14 ou 16) et administrez du soluté physiologique ou du lactate de Ringer.
- Administrez en bolus 20 ml/kg de soluté en 15 minutes.
- Réévaluez les signes d'état de choc.
- Répétez des bolus de 20 ml/kg de soluté jusqu'à ce que la pression systolique se stabilise à > 90 mm Hg.

Voir le protocole de traitement du choc hypovolémique dans la section « État de choc » du chapitre 14, «Urgences générales et traumatismes majeurs ».

Surveillance et suivi

- Surveillez étroitement les signes vitaux toutes les 5-15 min.
- Surveillez l'apport liquidien et le débit urinaire toutes les heures.
- Visez un débit urinaire de 50 ml/h.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale dès que possible.

MÔLE HYDATIDIFORME

DÉFINITION

Masse de vaisseaux résultant de la prolifération kystique des villosités choriales. Cette affection peut être bénigne ou maligne.

CAUSES

En grande partie inconnues; anomalies génétiques soupçonnées

SYMPTOMATOLOGIE

- Saignements vers la fin du premier trimestre et le début du deuxième
- Pertes de sang vaginales brun foncé à rouge clair
- Saignotement ou hémorragie
- Expulsion de kystes (en grappes)
- Absence de mouvements actifs du fœtus
- Présence possible de pré-éclampsie
- Signes exagérés de grossesse
- Nausées et vomissements excessifs (pouvant se manifester comme une *hyperemesis gravidarum*)

OBSERVATIONS

- La tension artérielle peut être élevée.
- La hauteur utérine peut être supérieure à la normale, compte tenu du stade de la grossesse.
- Examinez toutes les matières expulsées par le vagin afin de déceler la présence de kystes.
- Volume de l'utérus supérieur à la normale, compte tenu du stade de la grossesse
- Présence possible d'une légère sensibilité de l'utérus en raison d'une surdistension
- Absence du corps fœtal à la palpation
- Absence de battements du cœur fœtal

La plupart des clientes présentent des symptômes avant la 17e semaine de grossesse.

Soupçonnez cette affection chez les clientes présentant les signes et symptômes suivants :

- Hypertension gravidique au cours de la première moitié de la grossesse.
- Hyperthyroïdie.
- Saignements pendant la grossesse, avec absence de battements perceptibles du cœur fœtal et augmentation du volume de l'utérus après 12 semaines de grossesse.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Menace d'avortement ou avortement inévitable.

Pour un diagnostic différentiel des saignements pendant la grossesse, *voir la section « Saignements pendant la grossesse », plus haut dans le présent chapitre.*

COMPLICATIONS

- Hémorragie
- Septicémie
- Choriocarcinome (apparaît habituellement plus tard)

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Test urinaire de grossesse
- Analyse d'urine (analyse courante et microscopie)
- Dosage de l'hémoglobine si la cliente saigne

TRAITEMENT

Objectifs

- Diagnostiquer tôt l'affection
- Prévenir les complications

Consultation

Consultez un médecin si vous soupçonnez ce diagnostic.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Dès que possible, adressez la cliente à un médecin pour une évaluation définitive, qui sera fondée sur une échographie et un dosage de la β-gonadotrophine chorionique humaine (HCG) sérique. Le traitement définitif est l'évacuation chirurgicale.

Suivi à long terme

Le suivi après la chirurgie est d'une importance cruciale.

- Dosages sériés de la β-HCG (chaque semaine) jusqu'à ce qu'on obtienne trois résultats négatifs consécutifs, puis tous les mois pendant 6-12 mois.
- Éduquez la cliente quant à la nécessité d'utiliser une méthode anticonceptionnelle (de préférence des contraceptifs oraux) afin d'éviter une grossesse pendant la période de surveillance.

HÉMORRAGIE POSTPARTUM

L'hémorragie du postpartum est classée habituellement comme primaire ou secondaire (tableau 7).

La perte de sang peut souvent atteindre 600 ml après un accouchement spontané par voie basse et entre 1 et 1,5 l après un accouchement par intervention instrumentale ou chirurgicale. Par conséquent, il est essentiel d'avoir une expérience clinique pour déterminer si le sang s'écoule trop rapidement ou au mauvais moment, ou si la patiente ne réagit pas à un traitement approprié. La perte de sang sera moins bien tolérée si la cliente a un faible taux d'hémoglobine (anémie) ou si l'augmentation de son volume sanguin pendant la grossesse est insuffisante, comme dans les cas de pré-éclampsie.

COMPLICATIONS

- Hypotension
- Choc hypovolémique
- Infection secondaire
- Septicémie
- Anémie
- Décès

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Remplacer la perte de sang
- Stimuler la contraction utérine

Consultation

Consultez un médecin dès que l'état de la cliente s'est stabilisé.

Interventions non pharmacologiques

- N'administrez rien par voie orale.
- Gardez la cliente au lit.
- Gardez-la au chaud.
- Placez la cliente dans la position de Trendelenburg si elle est en état de choc hypovolémique (ce qui peut provoquer une accumulation de sang dans l'utérus, mais c'est utile).
- Procédez à un massage utérin manuel afin de stimuler les contractions.
- Une compression bimanuelle peut s'avérer nécessaire si le traitement ne permet pas d'enrayer l'hémorragie : saisissez l'utérus entre les deux mains et exercez une pression ferme.
- Mettez en place une sonde de Foley (la distension de la vessie peut empêcher l'utérus de bien se contracter).

Traitement adjuvant

- Administrez de l'oxygène au masque à raison de 6-10 l/min; maintenez la saturation en oxygène > 97-98 %.
- Mettez en place 2 intraveineuses de gros calibre (14 ou 16) et administrez du soluté physiologique.
- Une réanimation liquidienne énergique peut s'imposer pour assurer la stabilité hémodynamique.
- Administrez en bolus 20 ml/kg de liquides en 15 minutes.
- Réévaluez les signes de l'état de choc.
- Répétez les bolus intraveineux de 20 ml/kg de liquides jusqu'à ce que la pression systolique se stabilise à > 90 mm Hg.

Voir le protocole du traitement du choc hypovolémique dans la section « État de choc » du chapitre 14, « Urgences générales et traumatismes majeurs ».

Interventions pharmacologiques

Pour stimuler la contraction utérine :

oxytocine (Syntocinon) (**médicament de classe D**), 40 unités dans 1 litre de soluté physiologique administré à raison de 200 ml/h

ou

oxytocine (Syntocinon) (**médicament de classe D**), 10 unités IM immédiatement

Un bolus d'oxytocine peut provoquer une hypotension transitoire, puis une hypertension.

En l'absence de réponse au traitement, consultez un médecin au sujet de l'administration de l'un ou l'autre des médicaments suivants :

maléate d'ergonovine (Ergométrine) (**médicament de classe B**), 0,25 mg IM

ou

maléate d'ergonovine (Ergométrine) (**médicament de classe B**), 0,125 mg IV

Tableau 7 : Hémorragie primaire et secondaire du postpartum — Définition, causes, symptomatologie et observations

Primaire	Secondaire
Définition	**Définition**
Perte de sang > 500 ml immédiatement après l'accouchement ou dans les 24 heures qui suivent	Perte de sang > 500 ml par le vagin entre 24 heures et 6 semaines après l'accouchement (se produit habituellement entre le 10e et le 14e jour après l'accouchement)
Causes	**Causes**
Atonie utérine	Rétention de fragments placentaires
Lacération du col de l'utérus, du vagin ou du périnée	Endométrite
Épisiotomie	
Facteurs prédisposants : travail prolongé, travail rapide, grande multiparité, distension de la vessie, grossesse multiple, décollement partiel du placenta, rétention de fragments, rétention de caillots sanguins, hémorragie antepartum, inversion utérine	
Symptomatologie	**Symptomatologie**
Présence de l'une des causes ci-dessus	Lochies rouge vif persistantes en grande ou petite quantité
Saignements vaginaux	Retour possible des lochies à la normale
Agitation, anxiété	Saignement soudain, sévère, rouge vif
Nausées et vomissements	Expulsion de caillots et de tissus
Noter le facteur Rhésus	Présence possible de fatigue et d'étourdissements (si le saignement est lent et continu)
	Présence possible des symptômes de l'état de choc (si le saignement est soudain et aigu)
	Présence possible de pertes nauséabondes et de fièvre (en cas d'infection secondaire)
Observations	**Observations**
Fréquence cardiaque rapide	La température peut être élevée
TA basse ou hypotension	Fréquence cardiaque rapide; peut être faible, filiforme (si la cliente est en état de choc)
Hypotension orthostatique possible	TA basse ou hypotension (en cas d'état de choc)
Possibilité de souffrance intense	Hypotension orthostatique possible (signe précoce d'un état de choc imminent)
Pâleur, diaphorèse possible	Souffrance modérée ou intense
Saignement abondant continu après l'accouchement	Fond de l'utérus haut dans l'abdomen, habituellement au niveau de l'ombilic
Placenta ou membranes incomplets	Saignement rouge vif par le vagin
Le fond de l'utérus peut être au-dessus du niveau de l'ombilic	Présence possible de pertes purulentes ou nauséabondes (en cas d'infection)
Utérus mou, œdémateux	À la palpation, le fond de l'utérus est haut dans l'abdomen.
	L'utérus peut être mou.
	Présence possible d'une sensibilité (infection secondaire)
	Examen pelvien :
	Orifice utérin ouvert; écoulement de sang rouge vif par l'orifice; présence possible de tissus dans l'orifice du col.

Surveillance et suivi

- Surveillez fréquemment les signes vitaux et l'état de la patiente.
- Surveillez l'apport liquidien et le débit urinaire à l'heure.
- Visez un débit urinaire d'environ 50 ml/h.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale dans les plus brefs délais. Une intervention chirurgicale peut être nécessaire.

DÉCLENCHEMENT PRÉMATURÉ DU TRAVAIL

DÉFINITION

Apparition de contractions entre la 20e et la 37e semaine de grossesse à des intervalles de 10 minutes et durant au moins 30 secondes. Il est difficile de déterminer s'il s'agit d'un « faux travail », sauf s'il y a dilatation du col, auquel cas il s'agit d'un travail véritable; cependant, le fait de retarder le traitement en attendant la dilatation du col peut en compromettre le succès.

CAUSES

Souvent inconnues. Plusieurs facteurs sont associés au déclenchement prématuré du travail.

Facteurs liés à la mère

- Infection (générale, vaginale, de l'appareil urinaire, amniotite)
- Anomalies utérines
- Fibromes utérins
- Rétention du stérilet
- Incompétence cervicale
- Surdistension utérine (hydramnios, grossesse multiple)
- Rupture des membranes

Facteurs liés au fœtus

- Anomalies congénitales
- Décès *in utero*

SYMPTOMATOLOGIE

- Présence d'un ou plusieurs facteurs de risque
- Apparition des contractions
- Contractions régulières, s'intensifiant et se rapprochant
- Il peut y avoir eu rupture des membranes et expulsion de mucosités sanglantes.
- Les clientes à risque doivent être identifiées au cours du suivi prénatal courant.

OBSERVATIONS

- Souffrance modérée
- Si les contractions sont modérées ou fortes, on peut les voir à l'examen de l'abdomen.
- Expulsion possible du bouchon muqueux
- Contractions (force, fréquence, durée)
- Sensibilité ou dureté de l'utérus
- Évaluez la position et la présentation du fœtus, l'engagement de la tête.
- Dilatation et effacement du col, descente et présentation des parties du fœtus
- Fréquence cardiaque fœtale : observez les modifications lorsque les contractions se produisent.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Contractions de Braxton-Hicks vers la fin de la grossesse
- Faux travail vers la fin de la grossesse

COMPLICATIONS

- Progression vers un accouchement prématuré

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Examen microscopique du liquide amniotique (cristallisation en feuille de fougère)
- Épreuve du papier tournesol (à la nitrazine) : il vire au bleu si les membranes sont rompues.
- Analyse d'urine : signes d'infection

TRAITEMENT

Objectifs

- Ralentir ou interrompre le travail
- Assurer la naissance d'un bébé prématuré en toute sécurité, si l'accouchement est nécessaire

Consultation

Consultez un médecin.

Intervention non pharmacologique

Repos au lit en décubitus latéral gauche

Traitement adjuvant

- Administrez de l'oxygène au masque à raison de 3-6 l/min.
- Amorcez un traitement IV à l'aide de soluté physiologique de manière à garder la veine ouverte.
- Chez les femmes ayant > 20 semaines de grossesse, dont la dilatation cervicale est < 4 cm et dont les membranes sont intactes, tentez de stopper les contractions utérines.

Administrez les liquides en bolus, ce qui peut inhiber la sécrétion d'oxytocine par l'hypophyse.

500 ml de soluté de dextrose à 5 % dans un soluté salé en perfusion pendant 30 minutes

Interventions pharmacologiques

Agent tocolytique

Demandez l'avis d'un médecin concernant l'utilisation d'un agent tocolytique tel que le suivant :

ritodrine (Yutopar) (**médicament de classe D**), 150 mg dans 500 ml de soluté de dextrose à 5 % / soluté salé

Commencez par 100 µg/min pendant 10 minutes. Augmentez ensuite la dose d'environ 50 µg/min toutes les 10 minutes jusqu'à ce que vous observiez une réaction ou des effets secondaires (p. ex. hypotension ou tachycardie).

Contre-indications

- Signes de souffrance fœtale
- Anomalies fœtales
- Décollement placentaire
- Placenta praevia s'accompagnant d'un saignement abondant
- Affection grave chez la mère, telle que cardiopathie, toxémie, hypertension ou diabète sucré

Risques associés au traitement

S'il y a rupture des membranes, le risque de prolapsus du cordon et d'amniotite est plus élevé. Le risque de mort fœtale augmente si le travail est interrompu dans les cas de retard de croissance intra-utérin (RCIU). La mère peut présenter une tachycardie, de la nervosité ou un œdème pulmonaire secondaire à la médication.

Le traitement médicamenteux risque d'être inefficace si le travail est bien entamé ou si la dilatation du col utérin est de 4 cm ou plus. En pareil cas, des mesures doivent être prises pour préparer l'accouchement dans un milieu optimal. Jusqu'à présent, aucun essai clinique contrôlé à grande échelle n'a montré que les agents tocolytiques retardent l'accouchement.

Selon l'expérience acquise jusqu'à maintenant, les antagonistes des récepteurs β-adrénergiques peuvent inhiber la contractilité utérine, mais ils ne prolongent la grossesse que de 48 heures environ en cas de travail prématuré. Par conséquent, certains auteurs considèrent que la tocolyse a essentiellement pour objectif d'interrompre le travail assez longtemps pour que les stéroïdes exogènes puissent stimuler la production de surfactants fœtaux de manière à prévenir les complications pulmonaires chez les bébés prématurés.

Stéroïdes

Stéroïdes pour accélérer la maturation pulmonaire fœtale :

dexaméthasone (Decadron) (**médicament de classe B**), 12,5 mg IM toutes les 24 h (2 doses) pendant 48 heures

Surveillance et suivi

Surveillez les contractions utérines, les signes vitaux et la fréquence cardiaque fœtale.

Évaluez la probabilité d'accouchement imminent d'après les facteurs suivants :

- Dilatation et effacement du col
- Fréquence des contractions utérines
- Parité
- Antécédents obstétricaux

Prendre des mesures pour préparer l'accouchement au besoin.

Voir la section « Accouchement au poste de soins infirmiers », plus haut dans le présent chapitre.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale dès que possible.

RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES

DÉFINITION

On considère que la rupture des membranes est prématurée si elle se produit plus d'une heure avant le début du travail. La « rupture prématurée avant terme » des membranes est une rupture qui se produit avant 37 semaines de grossesse.

CAUSES

- Inconnues
- Traumatisme abdominal
- Incompétence cervicale
- Hydramnios
- Grossesse multiple
- Position anormale du fœtus
- Placenta praevia
- Infection intra-utérine d'origine virale ou bactérienne

SYMPTOMATOLOGIE

- Écoulement soudain de liquide
- Parfois décrit comme une perte de contrôle de la vessie
- Peut être décrit comme un écoulement continu de liquide du vagin
- Aucune contraction utérine ressentie
- Déterminez (d'après les antécédents ou le dossier) si la cliente a eu une infection vaginale à streptocoque du groupe B pendant la grossesse.

OBSERVATIONS

- Déterminez si la hauteur utérine correspond à l'âge gestationnel.
- Évaluez la perte de liquide par le vagin (couleur, odeur, volume).
- Vérifiez s'il y a saignement vaginal.
- Évaluez les contractions utérines.
- Évaluez l'engagement du fœtus en palpant la paroi abdominale.
- Placez du papier tournesol (à la nitrazine) dans le vagin et observez s'il vire au bleu.

L'examen digital du col augmente le risque de chorio-amniotite. L'examen visuel du col avec un spéculum stérile est donc préférable. Dans la mesure du possible, évitez l'examen digital, à moins que la cliente ne soit en travail et que l'accouchement soit inévitable. Vérifiez s'il y a prolapsus du cordon.

Si la rupture des membranes a été établie avec certitude, il faut effectuer un toucher vaginal stérile dans le but suivant :

- vérifier si le col utérin présente des modifications et des signes indiquant le début du travail.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Perte de contrôle de la vessie
- Travail prématuré
- Travail à terme

COMPLICATIONS

- Infection intra-utérine
- Accouchement prématuré
- Prolapsus du cordon

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Examen microscopique du liquide amniotique (cristallisation en feuille de fougère)
- Analyse d'urine (analyse courante, microscopie et culture)

TRAITEMENT

Objectifs

- Déterminer la présence de liquide amniotique
- Prévenir l'infection

Consultation

Consultez un médecin le plus tôt possible si vous soupçonnez une rupture prématurée des membranes.

Interventions non pharmacologiques

- Repos au lit
- Régime alimentaire normal (aliments tolérés)
- Changement de la serviette hygiénique au moins toutes les 2 heures

Interventions pharmacologiques

Antibiotiques : demandez l'avis d'un médecin quant à la nécessité d'une antibiothérapie prophylactique, d'après la présence d'une infection vaginale à streptocoque de type B et le tableau clinique (c.-à-d. état fébrile ou non, travail amorcé ou non).

Stéroïdes : si le transport est retardé et que l'âge gestationnel est de moins de 34 semaines, consultez un médecin au sujet du rôle des corticostéroïdes dans la stimulation de la maturation pulmonaire fœtale.

Surveillance et suivi

- Surveillez l'évolution du travail ou le signe d'une infection.
- Surveillez les signes vitaux, y compris la température, toutes les 2 heures.
- Surveillez la fréquence cardiaque fœtale toutes les 2 heures si la cliente n'est pas en travail (sinon, toutes les 15 minutes).
- Vérifiez si les pertes vaginales sont nauséabondes.
- Vérifiez si le fond de l'utérus devient sensible au toucher.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale dès que possible.

PRÉ-ÉCLAMPSIE SÉVÈRE ET ÉCLAMPSIE

DÉFINITIONS

- *Pré-éclampsie sévère :* hypertension sévère, avec protéinurie et œdème, pendant la seconde moitié de la grossesse et la première semaine du postpartum.
- *Éclampsie :* convulsions ou coma chez la femme enceinte ou l'accouchée. Les convulsions peuvent se produire chez une femme légèrement hypertendue dont l'état est stable, en l'absence de gain de poids excessif ou d'œdème.

CAUSES

Prolongement d'une pré-éclampsie

SYMPTOMATOLOGIE

Pré-éclampsie sévère

- Plus fréquente chez les jeunes primigestes ou les multigestes plus âgées
- Habituellement, signes et symptômes préalables de pré-éclampsie
- Présence possible de rétention liquidienne et de gain de poids sans œdème
- Céphalée de plus en plus sévère
- Troubles de la vue, altération de la conscience
- Vomissements
- Douleurs épigastriques

Éclampsie

- Une crise convulsive peut être survenue avant que la cliente vienne consulter.
- Myoclonie faciale évoluant rapidement vers une rigidité du corps.
- Contraction généralisée, suivie d'un relâchement des muscles du corps.
- La crise dure habituellement de 60 à 75 secondes.
- Elle est suivie d'un coma.
- La cliente ne se souvient habituellement pas de ce qui est arrivé.
- Absence de respiration pendant une crise convulsive.
- Généralement, la cliente commence à respirer rapidement et profondément dès que la convulsion prend fin.

Le tiers des crises convulsives se produisent avant la naissance du bébé, le tiers durant le travail et le tiers au cours des 24 premières heures du postpartum.

OBSERVATIONS

- Dans le cas de l'éclampsie, les signes physiques sont extrêmement variables.
- Dans le cas de la pré-éclampsie, ils sont plus uniformes.
- Tension artérielle : TA systolique ≥ 160 mm Hg ou TA diastolique ≥ 110 mm Hg, ou hypertension relative par rapport aux lectures antérieures (chez 20 % des éclamptiques)
- Fréquence cardiaque rapide
- Gain de poids imprévu (1 kg/semaine) avec ou sans œdème (mais il n'est pas nécessaire qu'il y ait un gain de poids excessif ou un œdème pour affirmer le diagnostic).
- Fréquence cardiaque fœtale > 160 puls/min
- La cliente est en état de souffrance aiguë.
- Elle peut être stuporeuse, inconsciente ou en crise convulsive.
- Présence possible de vomissements ou haut-le-cœur
- Sensibilité de l'abdomen dans le quadrant supérieur droit
- Hyperactivité des réflexes tendineux profonds
- Présence possible de clonus
- Urine : protéinurie de 3-4+

COMPLICATIONS

- Blessures chez la mère pendant une crise convulsive
- Crises convulsives à répétition
- Aspiration
- Souffrance fœtale
- Travail et accouchement prématurés
- Décollement placentaire
- Syndrome HEHRP (Hémolyse, Enzymes Hépatiques élevées, nombre Réduit de Plaquettes)
- Coagulopathie intravasculaire disséminée
- Décès de la mère
- Décès du fœtus

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Analyse d'urine (pour la protéinurie)
- Mesure de la glycémie
- Dosage de l'hémoglobine

TRAITEMENT

Objectifs

- Prévenir une hémorragie intracrânienne et des lésions graves à d'autres organes vitaux
- Prévenir les convulsions
- Prévenir les blessures chez la mère pendant les convulsions

Consultation

Consultez un médecin dès que l'état de la cliente s'est stabilisé et que vous être en mesure de le faire.

Il faut discuter de la stabilisation de l'état de la cliente avec le centre spécialisé afin de déterminer le traitement médicamenteux à amorcer et la nécessité de poursuivre le traitement durant le transport. Si du sulfate de magnésium ou du chlorhydrate d'hydralazine (Apresoline) est administré durant le transport, un médecin doit accompagner la cliente. En cas de dépression respiratoire, l'intubation endotrachéale et la ventilation de la patiente peuvent s'avérer nécessaires.

Traitement adjuvant

- Administrez de l'oxygène à raison de 6-10 l/min.
- Amorcez un traitement IV avec du soluté physiologique de manière à garder la veine ouverte.
- Réglez le débit de perfusion en cas de perte inhabituelle de liquide (vomissements, diarrhée, autre).

Attention : une hyperhydratation par voie IV peut accroître le risque d'œdème pulmonaire iatrogène.

Interventions non pharmacologiques

- Gardez la cliente alitée dans une pièce calme et sombre.
- Placez la cliente sur le côté gauche.
- Demeurez constamment auprès d'elle; ne la laissez pas seule.
- Ne lui administrez rien par voie orale.
- Protégez ses voies respiratoires.
- Insérez une canule oropharyngée dans la bouche de la cliente, au besoin.
- Assurez-vous que la respiration et la ventilation sont adéquates.
- Gardez une canule oropharyngée et un ballon Ambu près du lit.
- Aspirez et essuyez les sécrétions buccales.
- Consignez l'heure, la durée et le type des convulsions.
- Mettez en place une sonde de Foley que vous fixerez à une poche de drainage afin de surveiller de près le débit urinaire (mesure recommandée); le débit urinaire devrait être supérieur à 25 ml/h.
- Vérifiez le taux de protéines dans l'urine toutes les heures.

Interventions pharmacologiques

Administrez par perfusion en 15 minutes :

> sulfate de magnésium (**médicament de classe B**), 2-4 g dans 100 ml de soluté physiologique à l'aide d'une chambre compte-gouttes

Ensuite, réévaluez la fréquence respiratoire et les réflexes. Administrez ce médicament en effectuant un branchement en Y sur la tubulure de perfusion principale.

Le sulfate de magnésium est un dépresseur du système nerveux central qui réduit l'irritabilité neuromusculaire. Il peut provoquer une vasodilation et une baisse de la tension artérielle. Symptômes de toxicité du sulfate de magnésium : dépression ou arrêt respiratoire, diminution ou absence de réflexes tendineux profonds, arrêt cardiaque, coma. En cas de surdosage, l'antidote est le **gluconate de calcium (médicament de classe B). Gardez près du lit une seringue prérempliе de gluconate de calcium injectable à 10 %.**

Après la dose d'attaque de sulfate de magnésium :

> solution de 20 g de sulfate de magnésium dans 1 l de soluté physiologique ou de lactate de Ringer, 1-2 g/h (50-100 ml/h)

Le transport de la cliente peut débuter une fois qu'on a administré la totalité de la dose d'attaque et qu'on a commencé à administrer la dose d'entretien.

Une thérapie antihypertensive doit compléter cette médication si la pression diastolique de la mère est ³ 105 mm Hg :

> hydralazine (Apresoline) (**médicament de classe B**), 5 mg IM immédiatement ou 1 mg IV comme dose-test, puis 5-25 mg IV en 2-4 minutes; il faudra peut-être répéter la dose au bout de 20-30 minutes (5-10 mg IV) si la TA ne baisse pas suffisamment avec la première dose.

En cas d'hypertension sévère (pression diastolique ≥ 110 mm Hg), il faut envisager l'administration d'un agent antihypertenseur :

> hydralazine (Apresoline) (**médicament de classe B**), 5-10 mg par l'administration intermittente de bolus IV

Vérifiez la tension artérielle toutes les 5 minutes.

Ne faites pas baisser la TA diastolique à < 90 mm Hg car cela réduirait l'irrigation placentaire et serait néfaste pour le fœtus. Les changements brusques de la TA risquent d'entraîner un décollement placentaire.

Précautions à prendre avec l'hydralazine

- Les effets antihypertenseurs apparaissent dans un délai de 30-60 minutes et durent environ 3-6 heures.
- Contre-indication : cardiopathie.
- Effets secondaires : tachycardie, palpitations, lipothymie, céphalée, hypotension.

Surveillance et suivi

- Surveillez constamment l'état de conscience et la fréquence respiratoire; surveillez les réflexes tendineux profonds (rotuliens) et la TA toutes les 15 min; surveillez la fréquence cardiaque fœtale toutes les 30 min.
- Si la fréquence respiratoire est de 8-12/min, si les réflexes sont diminués ou si le débit urinaire a été < 100 ml au cours des 4 dernières heures, réduisez de 50 % la dose de sulfate de magnésium administrée par voie IV.
- Si la fréquence respiratoire est < 8/min ou si les réflexes sont absents, cessez d'administrer du sulfate de magnésium, puis déclampez la tubulure principale de lactate de Ringer et réglez le débit de perfusion à 100 ml/h. Consultez un médecin, puis administrez l'antidote :

> gluconate de calcium à 10 % (**médicament de classe B**), 10 ml (1 g) IV en 5-10 minutes

En cas de crise convulsive :

- Aspirez les sécrétions dans le rhino-pharynx au besoin.
- Administrez de l'oxygène.
- Placez la cliente sur le côté et placez des coussins de manière à la maintenir dans cette position.
- Consignez la durée de la crise convulsive et son type.
- Après la crise convulsive, évaluez les contractions utérines, le saignement vaginal, la sensibilité de l'utérus, la douleur abdominale et la fréquence cardiaque fœtale.
- Consultez un médecin au sujet de l'administration d'autres anticonvulsivants.
- Si la crise se prolonge, envisagez l'intubation.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Dès que l'état de la cliente s'est stabilisé, procédez à l'évacuation médicale.

CHAPITRE 13 – SANTÉ DES FEMMES ET GYNÉCOLOGIE

Table des matières

ÉVALUATION DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR DE LA FEMME

ANAMNÈSE ET EXAMEN PHYSIQUE

GÉNÉRALITÉS

Chaque symptôme doit être noté et examiné en fonction des caractéristiques suivantes :

- Apparition (soudaine ou graduelle)
- Évolution dans le temps
- Situation actuelle (amélioration ou aggravation)
- Localisation
- Irradiation
- Qualité
- Fréquence et durée
- Sévérité
- Facteurs déclenchants et aggravants
- Facteurs de soulagement
- Symptômes associés
- Répercussions sur les activités quotidiennes
- Épisodes similaires diagnostiqués auparavant
- Traitements antérieurs
- Efficacité des traitements antérieurs

SYMPTÔMES DOMINANTS

En plus des caractéristiques générales décrites ci-dessus, il faut aussi explorer les symptômes spécifiques suivants.

Antécédents menstruels

- Âge à l'apparition des règles
- Intervalles, régularité et durée des règles et volume du flux menstruel
- Date des dernières règles
- Étaient-elles normales?
- Dysménorrhée
- Symptômes prémenstruels (p. ex. œdème, céphalées, sautes d'humeur, douleurs)
- Saignements utérins anormaux
- Symptômes de ménopause
- Âge à la ménopause
- Saignements postménopausiques

Antécédents obstétricaux

- Nombre de grossesses, d'avortements, d'enfants nés vivants ou mort-nés.
- Difficultés lors des grossesses, des accouchements.
- Poids des bébés à la naissance.
- Stérilité

Méthodes de contraception

- Méthodes utilisées (antérieurement et actuellement)
- Difficultés rencontrées, méthode appropriée ou non.
- Raisons de l'interruption, le cas échéant.

Sexualité

- Orientation sexuelle
- Régularité des rapports sexuels
- Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois
- Symptômes associés (p. ex. douleur, saignements après les rapports sexuels)
- Dysfonction sexuelle

Seins

- Sensibilité, douleur liées au cycle menstruel
- Rougeur, œdème, écoulement des mamelons
- Changement de forme, présence de masses
- La cliente allaite-t-elle?

Système lymphatique

- Œdème, sensibilité des ganglions (axillaires, inguinaux)

Pertes vaginales

- Apparition, couleur, odeur, consistance, quantité.
- Lien avec les règles
- Symptômes connexes (p. ex. écoulement rectal ou urétral, brûlures ou démangeaisons vaginales, symptômes urinaires, malaise, douleurs abdominales, fièvre).
- Lien avec les médicaments (p. ex. antibiotiques, stéroïdes).
- Antécédents d'infections vaginales ou pelviennes; leur traitement.

Douleurs

- Apparition, localisation, irradiation, nature, intensité.
- Lien avec les règles.
- Facteurs aggravants et atténuants.
- Emploi d'analgésiques; leur effet.
- Symptômes connexes gastro-intestinaux, urinaires ou vaginaux.
- Les symptômes sont-ils liés à la rencontre d'un nouveau partenaire sexuel?

Autres symptômes connexes

- Ulcérations
- Lésions persistantes
- Sensation de relâchement du périnée (impression que les organes pelviens tombent ou sortent)
- Stérilité
- Infection génitale

EXAMEN DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR DE LA FEMME

GÉNÉRALITÉS

- État de santé apparent
- Bien-être ou souffrance apparente
- Teint (p. ex. rouge ou pâle)
- État nutritionnel (obésité ou maigreur)
- Correspondance entre l'apparence et l'âge déclaré de la cliente

SIGNES VITAUX

- Température
- Pouls
- Fréquence respiratoire
- Tension artérielle

SEINS

- Examinez les seins de la cliente en position assise puis allongée sur le dos.
- Évaluez les points suivants : symétrie, forme, couleur de la peau, épaississement, capitonnage de la peau, rétraction du tissu cutané, veines, rougeurs, stries.
- Examinez les mamelons : symétrie, écoulement, érosion, croûtes, couleur.
- Palpez les seins et les creux axillaires : consistance, sensibilité, masses.

GANGLIONS LYMPHATIQUES

Palpez les régions suivantes pour en déterminer l'enflure, la sensibilité, la mobilité et la consistance :

- Haut du corps : ganglions sus-claviculaires, sous-claviculaires, axillaires, épitrochléens
- Bas du corps : ganglions inguinaux

ORGANES GÉNITAUX EXTERNES

- Pilosité
- Grandes et petites lèvres : lésions, ulcérations, masses, indurations, régions de différentes couleurs
- Clitoris : taille, lésions, ulcérations
- Urètre : écoulements, lésions, ulcérations
- Glandes de Skene et de Bartholin : masses, écoulements, sensibilité
- Périnée : lésions, ulcérations, masses, indurations, cicatrices
- Anus : lésions, ulcérations, sensibilité, fissures, hémorroïdes

VAGIN

- Inflammation
- Atrophie
- Pertes
- Lésions, ulcérations, excoriations
- Masses
- Indurations ou nodosités
- Relâchement du périnée (demandez à la cliente de pousser vers le bas et observez toute saillie possible de la paroi vaginale)

COL DE L'UTÉRUS

- Position, couleur, forme, taille, consistance (*voir ci-dessous*)
- Écoulements
- Érosions, ulcérations
- Sensibilité
- Saignement après contact

Consistance des tissus du col : en temps normal, le col est de couleur rose et est ferme au toucher, un peu comme le bout du nez. Pendant la grossesse, il est de douleur bleuâtre et est plus mou, un peu comme les lèvres de la bouche.

UTÉRUS

- Position
- Taille
- Forme
- Consistance des tissus utérins
- Mobilité
- Douleur à la mobilisation

ANNEXES

Les ovaires ne sont généralement pas perceptibles à la palpation, à moins d'être hypertrophiés ou que la cliente ne soit très mince.

- Sensibilité
- Masses
- Consistance
- Forme
- Mobilité
- Douleur annexielle très vive à la mobilisation du col ou de l'utérus (forte réaction)

QUESTIONS LIÉES À LA SANTÉ DES FEMMES ET PROBLÈMES GYNÉCOLOGIQUES COURANTS

SAIGNEMENTS UTÉRINS ANORMAUX

DÉFINITION

Saignements utérins anormaux, que ce soit par leur quantité, leur durée ou le moment de leur apparition. Les termes utilisés pour décrire ces saignements sont basés sur la périodicité et l'abondance de l'écoulement (tableaux 1 et 2).

Tableau 1 : Terminologie utilisée pour décrire les saignements utérins anormaux

Terme	Définition
Ménorragie	Saignements prolongés ou anormalement abondants, à des intervalles réguliers
Métrorragie	Saignements utérins irréguliers, fréquents, de quantité variable mais non excessive
Ménométrorragie	Saignements prolongés ou excessifs, à des intervalles irréguliers
Polyménorrée	Saignements à des intervalles de moins de 21 jours
Oligoménorrhée	Saignements à des intervalles de plus de 35 jours
Aménorrhée	Aucun saignement utérin pendant au moins 6 mois
Pertes intermenstruelles	Saignements utérins entre les cycles réguliers

Tableau 2 : Diagnostic différentiel des saignements utérins anormaux

Type	Causes
Saignements utérins dysfonctionnels (p. ex. ménorragie)	Cycles anovulatoires
Saignements utérins pendant la prise de CO	Oubli de pilules Malabsorption des CO Déséquilibre hormonal dû aux CO (voir plus loin) Dose trop faible Infection génitale
Saignements utérins au cours de la première moitié du cycle pendant la prise de CO	Activité œstrogénique inadéquate des CO
Saignements utérins au cours de la seconde moitié du cycle pendant la prise de CO	Activité progestative inadéquate des CO
Saignements postcoïtaux	Affection du col utérin Cancer de l'endomètre
Saignements postménopausiques	Cervicite ou vaginite atrophique Cancer de l'endomètre
Saignements liés à des troubles du col utérin	Érosion, polype, cervicite, dysplasie, cancer
Saignements liés à des troubles de l'endomètre	Polype, saignements utérins dysfonctionnels, fibrome utérin, cancer (chez les femmes ménopausées)
Saignements causés par un stérilet	Irritation, infection
Saignements causés par une infection	Infection pelvienne, cervicite
Saignements liés à des troubles endocriniens	Hypothyroïdie, hyperthyroïdie, maladie de Cushing, hyperprolactinémie, stress (affectif, excès d'exercice), syndrome des ovaires polykystiques, dysfonctionnement ou tumeur des surrénales
Saignements liés à des troubles hématologiques	Traitement anticoagulant, dyscrasie
Saignements liés à des complications de la grossesse	Grossesse ectopique, avortement spontané, môle hydatidiforme

CO = contraceptifs oraux

SAIGNEMENTS UTÉRINS DYSFONCTIONNELS

DÉFINITION

Saignements utérins anormaux non causés par une pathologie génitale, des médicaments, une maladie générale ou la grossesse. C'est la cause la plus fréquente (90 % des cas) de saignements utérins anormaux, mais le diagnostic se fait par élimination.

CAUSES

Le problème est habituellement lié à l'un des trois déséquilibres hormonaux suivants : saignements secondaires à l'œstrogénothérapie, à une progestéronothérapie ou à l'arrêt de l'œstrogénothérapie.

Saignements utérins dysfonctionnels anovulatoires

L'anovulation est la cause la plus courante de saignements utérins dysfonctionnels chez les femmes en âge de procréer. Elle est particulièrement fréquente chez les adolescentes. Jusqu'à 80 % des cycles menstruels sont anovulatoires au cours de la première année qui suit l'apparition des règles. Les cycles deviennent ovulatoires entre 18 et 20 mois après les premières règles.

Certaines femmes ont encore des cycles anovulatoires après la maturation de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Une perte de poids, des troubles de l'alimentation, le stress, une maladie chronique ou un excès d'exercice sont autant de facteurs pouvant causer une anovulation d'origine hypothalamique.

Le syndrome des ovaires polykystiques est une autre cause d'anovulation. Cet état œstrogénique sans opposition augmente le risque d'hyperplasie endométriale et de cancer.

Certaines femmes présentant une anovulation chronique ne se classent pas dans ces catégories et sont considérées comme ayant une anovulation chronique idiopathique.

Toutes les causes d'anovulation indiquent un état déficitaire en progestérone.

Saignements utérins dysfonctionnels ovulatoires

Ce trouble est moins courant que les saignements anovulatoires. Les saignements utérins dysfonctionnels chez les femmes ayant un cycle ovulatoire se présentent sous la forme de saignements réguliers cycliques.

La ménorragie peut dénoter un trouble de saignement ou une lésion structurale, telle qu'un fibromyome utérin, une adénomyose ou des polypes endométriaux.

Jusqu'à 20 % des adolescentes qui consultent pour une ménorragie présentent une maladie hémorragique comme la maladie de Von Willebrand. Une affection hépatique entraînant des anomalies de la coagulation et une insuffisance rénale chronique peut aussi causer une ménorragie.

La polyménorrhée est habituellement causée par une insuffisance lutéale ou une phase folliculaire courte.

L'oligoménorrhée chez une femme qui ovule est habituellement causée par une phase folliculaire prolongée.

Les pertes intermenstruelles peuvent être causées par une affection du col ou par la présence d'un stérilet.

Les saignotements au milieu du cycle peuvent être la conséquence d'une chute rapide du taux d'œstrogènes avant l'ovulation.

Pour connaître les autres causes de saignements utérins anormaux, *voir le tableau 2 plus haut, dans le présent chapitre.*

SYMPTOMATOLOGIE

- Âge (p. ex. âge de procréer ou ménopause)
- Volume, durée, fréquence, intervalle des pertes sanguines.
- Tentez de déterminer si les cycles sont ovulatoires ou anovulatoires (*voir le tableau 3 dans le présent chapitre*)
- Date des dernières règles normales
- La cliente utilise-t-elle une méthode de contraception? (Type? Le mode d'utilisation est-il approprié?)
- Hormonothérapie de remplacement si la femme est ménopausée
- Possibilité de grossesse
- Signes indiquant que la cliente saigne facilement (p. ex. gencives) ou a tendance à faire des ecchymoses, ce qui évoque une coagulopathie.
- Présence de douleurs associées aux saignements
- Antécédents de problèmes gynécologiques : résultat anormal à un test de Papanicolaou, fibromes, maladies transmises sexuellement (MTS), tumeur maligne gynécologique, épisodes antérieurs de saignements utérins anormaux
- Antécédents d'affection thyroïdienne, rénale ou hépatique
- Antécédents d'exercice physique intense (pouvant causer ce genre de problème)
- Antécédents de troubles de l'alimentation ou de stress affectif ou psychologique significatif
- Date et résultat du test de Papanicolaou le plus récent
- Date et résultat de la mammographie la plus récente si la cliente a l'âge de subir des tests de dépistage (50-69 ans)

OBSERVATIONS

Un saignement utérin anormal est un symptôme et non une maladie. Les observations sont variables, selon les causes sous-jacentes. Les résultats de l'examen peuvent être faussement normaux ou manifestement anormaux.

Vous devez effectuer un examen gynécologique complet, c'est-à-dire prendre la tension artérielle de la cliente, la peser, examiner sa glande thyroïde, ses seins, son abdomen et sa région pelvienne (palpation bimanuelle).

L'examen pelvien consiste à vérifier attentivement la région génitale à la recherche de lacérations, d'une pathologie vulvaire ou vaginale et de lésions ou de polypes sur le col de l'utérus. L'examen bimanuel de l'utérus peut révéler une hypertrophie due à des fibromes, une adénomyose ou un cancer de l'endomètre.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Voir le tableau 2 de la section « Saignements utérins anormaux » plus haut, dans le présent chapitre.

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Test urinaire de grossesse pour toutes les clientes en âge de procréer
- Formule sanguine (pour évaluer la perte de sang et vérifier si la numération plaquettaire est appropriée)
- Temps de prothrombine (PT) et temps de céphaline (PTT)
- Taux d'hormone thyréotrope (TSH) et de prolactine
- Épreuves de la fonction hépatique
- Prélèvements cervicaux et vaginaux en vue de cultures
- Test de Papanicolaou
- Échographie pelvienne si vous soupçonnez une pathologie organique

Il faut envisager une biopsie de l'endomètre au début de l'investigation pour toute femme de plus de 35 ans ou toute femme qui a des antécédents d'exposition prolongée à des œstrogènes sans opposition chez laquelle on n'observe aucune réponse aux méthodes de traitement initiales.

Ces tests doivent être prescrits par un médecin.

La biopsie de l'endomètre et l'échographie doivent être effectuées au début de l'investigation des saignements chez toute femme ménopausée.

Tableau 3 : Caractéristiques des cycles menstruels ovulatoires et anovulatoires

Caractéristique	Cycle ovulatoire	Cycle anovulatoire
Durée du cycle	Normale	Imprévisible
Symptômes prémenstruels	Présents	Aucun
Pertes de sang	Dysménorrhée	Pertes de sang imprévisibles; saignotements fréquents; pertes abondantes peu fréquentes
Seins	Sensibles	Non sensibles
Courbe de la température basale	Biphasique	Monophasique
Autre	Modification de la glaire cervicale Syndrome intermenstruel	

TRAITEMENT

Objectifs

– Exclure la possibilité d'une maladie organique
– Régulariser le cycle menstruel
– Prévenir les complications

Le traitement dépend de la cause des saignements.

Femmes en préménopause

Si la femme en âge de procréer n'est pas enceinte, si les résultats de l'examen physique sont normaux et si toutes les causes pathologiques, structurales et iatrogènes sont exclues, les saignements utérins anormaux sont généralement dysfonctionnels et peuvent être traités par une hormonothérapie. *Voir le tableau 4 plus loin, dans le présent chapitre*.

Femmes ménopausées

Chez les femmes ménopausées présentant des saignements utérins anormaux, il faut surtout redouter le cancer de l'endomètre. On observe ce cancer chez 5 à 10 % des femmes ménopausées. Les saignements peuvent avoir d'autres causes : cancer du col de l'utérus, cervicite, vaginite atrophique, atrophie endométriale, fibromes sous-muqueux, hyperplasie de l'endomètre et polypes de l'endomètre.

Femmes recevant une hormonothérapie de remplacement

Les femmes sous hormonothérapie de remplacement présentent souvent des saignements anormaux et 30 % d'entre elles sont atteintes d'une affection utérine. Parmi les autres causes de saignements, figurent les lésions au col de l'utérus, les affections vaginales ou l'hormonothérapie elle-même.

Les femmes qui reçoivent une hormonothérapie séquentielle peuvent présenter des saignements secondaires au milieu du cycle lorsqu'elles ont oublié de prendre des pilules ou en raison d'interactions médicamenteuses ou d'une malabsorption. Si des saignements imprévus surviennent au cours de deux cycles ou plus, une évaluation plus poussée est indiquée.

Consultation

Consultez un médecin avant de demander des tests diagnostiques et au sujet des pharmacothérapies possibles si un traitement urgent s'impose.

Tableau 4 : Traitement pharmacologique des saignements utérins dysfonctionnels

Groupe d'âge	Traitement	Commentaires
Préménopause	CO (**médicament de classe B** lorsqu'on les utilise pour traiter les saignements utérins dysfonctionnels)	Les CO monophasiques ou triphasiques à faible dose (35 µg) peuvent régulariser les cycles tout en empêchant la conception.
	Médroxyprogestérone (**médicament de classe B**), 10 mg/jour PO pendant 10 jours *ou* Depo-Provera (**médicament de classe B**), 150 mg IM tous les 3 mois	Si la contraception n'entre pas en ligne de compte, la médroxyprogestérone peut être utilisée pour régulariser les cycles. Chez une femme présentant une aménorrhée ou une oligoménorrhée, la prise de ce médicament tous les 3 mois peut offrir une protection contre l'hyperplasie endométriale.
Périménopause	Médroxyprogestérone (**médicament de classe B**), 10 mg/jour PO pendant 10 jours	Peut être prise tous les mois pour régulariser les saignements.
	CO (**médicament de classe B**)	Utiliser habituellement des pilules de 20 µg. On peut poursuivre la CO jusqu'à ce que la femme soit ménopausée. Il faut ensuite passer à une HTR (la CO peut être relativement contre-indiquée chez les femmes de plus de 35 ans qui fument).
Postménopause (femmes sous HTR)	HTR cyclique (**médicaments de classe B**)	On peut envisager une augmentation de la dose de progestérone si l'on observe des saignements de retrait précoces; augmenter la dose d'œstrogènes en présence de saignements intermenstruels.
	HTR d'association continue* (**médicament de classe B**)	On peut augmenter la dose d'œstrogènes pendant 1-3 mois pour stabiliser l'endomètre. On peut aussi essayer d'augmenter la dose de progestérone. Si les saignements continuent, il faut envisager de changer le schéma posologique : opter pour une HTR cyclique ou un type différent d'œstrogènes

CO = Contraceptifs oraux; HTR = Hormonothérapie de remplacement.

* Jusqu'à 40 % des femmes qui suivent une hormonothérapie de remplacement d'association continue ont des saignements irréguliers au cours des 4-6 premiers mois du traitement (Rubin *et al.* 1996). Les saignements sont plus fréquents lorsque l'hormonothérapie est amorcée moins de 12 mois après la ménopause.

Surveillance et suivi

- Suivez la cliente tous les mois jusqu'à ce que les cycles soient réguliers.
- Au besoin, surveillez le taux d'hémoglobine si les saignements abondants persistent malgré le traitement.

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Au besoin, orientez la cliente (si son état est stable) vers un médecin en vue d'une évaluation approfondie et d'un traitement.

DYSMÉNORRHÉE

DÉFINITION

Règles douloureuses.

CAUSES

- *Dysménorrhée primaire :* contractions utérines normales pendant les règles.
- *Dysménorrhée secondaire :* endométriose, stérilet, infection pelvienne

SYMPTOMATOLOGIE

Dysménorrhée primaire

- Débute de 6 à 12 mois après l'apparition des règles
- Douleurs au bas-ventre et au dos
- Douleurs fluctuantes à type de crampes
- Durée : de quelques heures à quelques jours
- Commencent avant ou pendant les règles
- Symptômes associés : nausées, diarrhée, céphalées, bouffées vasomotrices, syncope (rarement)
- Peuvent s'intensifier au fil des ans
- S'atténuent habituellement après la naissance du premier enfant

Dysménorrhée secondaire

- Débute plusieurs années après l'apparition des règles (entre la fin de la vingtaine et la quarantaine).
- Douleurs modérées ou intenses.
- Peuvent apparaître quelques jours avant le déclenchement des règles.
- Douleurs constantes ou intermittentes.
- Aggravées par le mouvement ou l'effort pendant la défécation.
- Peuvent être localisées ou irradier dans tout le bas-ventre.
- Symptômes associés possibles : nausées et vomissements, diarrhée ou constipation, céphalées, dyspareunie, écoulement vaginal, malaise.
- Les symptômes peuvent être présents pendant toute la durée du cycle ou apparaître un peu avant le déclenchement des règles et durer pendant toutes ces dernières.

OBSERVATIONS

- Résultats de l'examen physique habituellement normaux.
- Fièvre possible en cas de dysménorrhée secondaire (infection).
- Décelez la présence d'une infection vaginale, du cordon du stérilet.
- Sensibilité possible du col utérin à la mobilisation et de l'utérus à la palpation.
- Décelez les problèmes suivants : masses annexielles, hypertrophie de l'utérus, enflure et sensibilité des ganglions lymphatiques inguinaux.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Infection pelvienne
- Endométriose
- Stérilet
- Sténose du col
- Kyste ovarien hémorragique

COMPLICATIONS

- Absentéisme (travail ou école)

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Distinguer la dysménorrhée primaire de la dysménorrhée secondaire
- Enrayer les symptômes
- Déterminer les facteurs prédisposants, les causes sous-jacentes

Consultation

Si la cliente ne répond pas au traitement de première intention, prenez des dispositions pour qu'elle consulte un médecin (rendez-vous non urgent).

Interventions non pharmacologiques

En cas de dysménorrhée primaire, rassurez la cliente en lui expliquant qu'elle n'est atteinte d'aucune affection génitale et que le problème disparaîtra probablement de lui-même.

Éducation de la cliente

- Aidez la cliente à comprendre la physiologie du cycle menstruel normal et la raison pour laquelle des douleurs peuvent apparaître.
- Expliquez à la cliente l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, effets secondaires).
- Enseignez à la cliente les mouvements de bascule du bassin qui peuvent atténuer la douleur et les maux de dos.
- Suggérez-lui d'utiliser des bouillottes d'eau chaude et des serviettes tièdes pour atténuer la douleur.

Si la cliente porte un stérilet, envisagez une infection ou une mauvaise position du stérilet (qu'il faudra alors peut-être enlever).

Interventions pharmacologiques

Pour traiter les symptômes légers de la dysménorrhée primaire chez une cliente jeune et en santé :

ibuprofène (Motrin) (**médicament de classe A**), 200 mg, 1-2 comprimés PO tid ou qid au besoin

Si la cliente est jeune, en santé et sexuellement active et qu'elle ait aussi besoin d'une méthode anticonceptionnelle, amorcez un traitement par des CO (**médicament de classe A**).

Voir les tableaux 6 à 8 du présent chapitre pour de l'information sur les contraceptifs oraux.

Pour soulager les symptômes modérés ou sévères, utilisez un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS); pour le cycle menstruel en cours seulement, utilisez l'un des produits suivants :

naproxen (Naprosyn) (**médicament de classe C**), comprimés de 250 mg, 2 comprimés immédiatement, puis 1 comprimé tid ou qid au besoin pendant 1 ou 2 jours

ou

acide méfénamique (Ponstan) (**médicament de classe C**), comprimés de 250 mg, 2 comprimés PO immédiatement, puis 1 comprimé PO tid ou qid au besoin pendant 1 ou 2 jours

Chez une femme présentant une dysménorrhée modérée ou sévère, le fait de prendre des AINS avant le début des règles permet de mieux maîtriser la douleur.

Ces préparations sont contre-indiquées chez les clientes allergiques à l'acide acétylsalicylique (AAS) ou ayant des antécédents d'ulcère gastro-duodénal.

Surveillance et suivi

Réévaluez les symptômes au bout de 6 mois.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Orientez la cliente vers un médecin si vous soupçonnez une cause secondaire de dysménorrhée ou si le traitement ne permet pas de soulager les symptômes.

MASSES AUX SEINS

DÉFINITION

Masse ou irrégularité dans un sein. Il peut y en avoir une seule ou plusieurs.

CAUSES

- Modifications dues à une mastose sclérokystique
- Effets hormonaux cycliques sur les tissus mammaires normaux
- Affection bénigne du sein
- Affection maligne
- Traumatisme (hématome)
- Infection s'accompagnant d'un engorgement des canaux galactophores

SYMPTOMATOLOGIE

- Découverte d'une masse dans le sein
- Déterminez le moment du cycle menstruel où la masse a été découverte (les seins sont parfois grumeleux à la palpation avant ou pendant les règles).
- Vérifiez si la cliente a déjà eu des masses aux seins.
- Posez des questions sur les points suivants : douleur, écoulement des mamelons, rougeur du sein, modifications cutanées, lactation.
- Prise de médicaments (p. ex. CO)
- Antécédents d'affection mammaire ou antécédents familiaux (membres féminins de la parenté au premier degré) d'affection mammaire.
- Traumatisme récent au sein
- Présence de fièvre ou de signes généraux de maladie

OBSERVATIONS

- Examinez visuellement la cliente en position assise, d'abord avec les bras le long du corps, puis avec les bras levés au-dessus de la tête.
- Répétez l'examen en position allongée.
- Évaluez la symétrie (taille, forme, contour).
- Vérifiez les aspects suivants : rougeur, capitonnage ou épaississement cutané.
- Vérifiez s'il y a écoulement du mamelon ou formation de croûtes.
- Palpez les seins et les creux axillaires en position assise, puis allongée.
- Décelez les masses, la sensibilité, la chaleur, les ganglions lymphatiques.
- Demandez à la cliente de localiser la masse.
- Décrivez les masses en précisant leur taille, leur délimitation, leur consistance (p. ex. dures, fermes, molles, liquides), leur forme, leur mobilité et leur position.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Cancer
- Affection bénigne du sein
- Mastite avec ou sans abcès

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Mammographie de dépistage tous les 2 ans de l'âge de 50 à 69 ans.
- Mammographies plus fréquentes si la cliente est à haut risque.
- Échographie du sein si vous découvrez une masse.

TRAITEMENT

Objectifs

- Exclure rapidement les affections graves.

Consultation

Consultez un médecin dès que possible si vous découvrez une masse sur un sein.

Interventions non pharmacologiques

- Dépistage mammographique régulier : incitez les femmes de 50-69 ans (et les plus jeunes lorsqu'elles sont à risque) à subir une mammographie de dépistage tous les 2 ans.

Éducation de la cliente

- Montrez à la cliente comment procéder à l'auto-examen des seins.
- En cas de masses bénignes, suivez la cliente à intervalles réguliers et recommandez-lui de revenir à la clinique si elle constate des changements.
- Informez et aidez la cliente avant d'entreprendre quelque procédure d'investigation que ce soit.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Dès que possible, orientez la cliente vers un chirurgien en vue d'un diagnostic définitif.

MASTITE

DÉFINITION

Inflammation et infection du sein.

CAUSES

- Habituellement, *Staphylococcus aureus*; à l'occasion, des streptocoques.

Facteurs de risque

- Engorgement des canaux galactophores chez les femmes qui allaitent
- Mauvaise hygiène mammaire
- Fissure des mamelons (crevasses)

SYMPTOMATOLOGIE

- Accouchement récent (2 semaines ou plus avant la consultation)
- Sein(s) atteint(s) : dur(s) et rouge(s)
- Douleur mammaire intense
- Fièvre et frissons associés

OBSERVATIONS

- Fièvre
- Fréquence cardiaque rapide
- Souffrance modérée
- Le sein atteint présente des régions rouges ou striées et enflées.
- Les mamelons peuvent être excoriés, fissurés ou engorgés de lait.
- Épiderme chaud au toucher
- Région atteinte rouge, dure (indurée) et sensible
- Masse fuyante au doigt (indique la présence d'un abcès)
- Ganglions axillaires enflés et sensibles

COMPLICATIONS

- Abcès
- Interruption de l'allaitement en raison de la douleur, ce qui peut entraîner un engorgement mammaire
- Septicémie

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Obtenez un échantillon de lait en vue d'une culture et d'un antibiogramme.

TRAITEMENT

Objectifs

- Enrayer l'infection.
- Prévenir les récidives (en enseignant à la cliente les soins appropriés des seins).

Interventions non pharmacologiques

Expliquez à la cliente qu'elle doit prendre les mesures suivantes :

- Appliquer des compresses tièdes qid pour atténuer la douleur.
- Il est important de vider régulièrement le sein atteint toutes les 6 heures, à la fois manuellement et en allaitant.

Éducation de la cliente

- Expliquez à la cliente l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence).
- Recommandez à la cliente de poursuivre l'allaitement ou d'utiliser un tire-lait de façon à enrayer l'engorgement et à prévenir une nouvelle stagnation de lait.
- Conseillez la cliente sur la façon d'améliorer son hygiène mammaire afin de prévenir l'infection et de soulager les mamelons fissurés.
- Suggérez à la cliente d'appliquer une lotion inodore pour faciliter la cicatrisation des mamelons et prévenir les crevasses.
- Suggérez à la cliente de porter un soutien-gorge bien ajusté pour atténuer la douleur.

Interventions pharmacologiques

Mastite bénigne ou modérée

Antibiotiques oraux :

cloxacilline (Orbénine) (**médicament de classe A**), 250-500 mg PO qid pendant 10 jours

En cas d'allergie à la pénicilline :

érythromycine (E-Mycin) (**médicament de classe A**), 250 mg PO qid pendant 10 jours

Antipyrétiques et analgésiques :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 325 ou 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4-6 h au besoin

ou (en cas de douleur modérée ou intense)

acétaminophène avec codéine (Tylenol N° 2) (**médicament de classe C**), 1-2 comprimés toutes les 4 h au besoin (maximum : 15 comprimés)

Surveillance et suivi

- Revoyez la cliente après 24 et 48 heures.
- Surveillez la formation possible d'un abcès.

TRAITEMENT DE LA MASTITE SÉVÈRE

Si la cliente semble très souffrante, fiévreuse et incommodée, suivez les recommandations suivantes.

Traitement adjuvant

Amorcez un traitement IV avec du soluté physiologique afin de garder la veine ouverte.

Consultation et interventions pharmacologiques

Dans la mesure du possible, consultez un médecin au sujet d'une antibiothérapie par voie IV; sinon, amorcez le traitement :

cloxacilline (Orbénine) (**médicament de classe D**), 500-1 000 mg IV toutes les 6 h

En cas d'allergie à la pénicilline :

érythromycine (Erythrocin) (**médicament de classe A)**, 500-1 000 mg IV toutes les 6 h

Orientation vers d'autres ressources médicales

Transférez la cliente à l'hôpital; une incision et un drainage peuvent s'avérer nécessaires.

VULVOVAGINITE

DÉFINITION

Inflammation et irritation de la muqueuse vaginale.

CAUSES

- Causes les plus courantes : infection à *Candida*, *Trichomonas* ou *Gardnerella vaginalis* (vaginose bactérienne).
- Causes moins courantes : autres bactéries vaginales anaérobies.
- Autres causes : atrophie de la muqueuse vaginale chez les femmes ménopausées, irritants chimiques, corps étranger.

SYMPTOMATOLOGIE

- Pertes vaginales
- Irritations, démangeaisons ou brûlures vaginales
- Irritations, démangeaisons ou brûlures vulvaires secondaires
- Dyspareunie superficielle (rapports sexuels douloureux lors de l'intromission)
- Les symptômes peuvent être récurrents
- Vérifiez tout lien possible avec l'usage récent d'antibiotiques
- Présence possible de symptômes urinaires
- Présence possible de saignotements vaginaux
- Vérifiez si la cliente utilise un stérilet
- Renseignez-vous aussi sur les points suivants : diabète sucré ou symptômes associés à cette maladie, usage de stéroïdes, ménopause ou signes avant-coureurs de la ménopause.

OBSERVATIONS

Les signes physiques associés à la vulvovaginite (de causes diverses) sont présentées au tableau 5.

L'examen au spéculum et la palpation bimanuelle peuvent être légèrement à moyennement douloureux selon la sévérité de la vaginite.

RÉSULTATS DES ANALYSES DE LABORATOIRE

- Microscopie : des *Trichomonas* vivants, ou encore de spores ou des filaments mycéliens de *Candida* peuvent être observés sur une préparation à l'état frais de soluté physiologique.
- Une préparation à l'état frais d'hydroxyde de potassium (KOH) permet d'observer des « clue cells », cellules épithéliales vaginales couvertes de bactéries, qui sont associées à la vaginose bactérienne.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Maladies transmises sexuellement (MTS) concomitantes
- Vaginite athrophique chez les femmes ménopausées
- Cystite

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Effectuez un prélèvement vaginal pour un antibiogramme ou une culture courante et pour déceler la présence de gonorrhée ou de chlamydiose.
- Effectuez une préparation à l'état frais de soluté physiologique : recherchez les *Trichomonas*, les spores de levure, les filaments mycéliens.
- Effectuez une préparation à l'état frais d'hydroxyde de potassium : recherchez des « clue cells » (vaginose bactérienne).
- Déterminez le pH des leucorrhées à l'aide d'une bandelette réactive, si vous en avez sous la main.
- Obtenez un échantillon d'urine en vue d'examens (microscopie et culture) courants.

TRAITEMENT

Objectifs

- Faire la distinction entre les différentes causes de vaginite.
- Enrayer les symptômes.
- Déterminer les facteurs prédisposants.
- Prévenir de nouvelles infections.

Tableau 5 : Observations en cas de vulvovaginite

Candidose	Trichomonase	Vaginose bactérienne	Vaginite atrophique
Rougeur des organes génitaux externes; paroi vaginale recouverte d'exsudat blanc adhérent; lorsque l'exsudat est enlevé, la région sous-jacente peut saigner.	Rougeur des organes génitaux externes; exsudat verdâtre spumeux abondant, odeur désagréable; col utérin excorié, qui saigne facilement.	Pertes grise peu abondantes à moyennement abondantes, d'odeur désagréable (odeur « de poisson »).	Muqueuse vaginale sèche, mince, lisse et pâle; présence possible de minuscules lésions à la surface de la muqueuse.

Interventions non pharmacologiques

Éducation de la cliente

Expliquez à la cliente qu'elle doit prendre les mesures suivantes :

- Faire un usage approprié des médicaments (dose, fréquence, importance d'observer le traitement).
- S'abstenir d'avoir des rapports sexuels (ou utiliser des condoms) jusqu'à ce que l'infection soit jugulée.
- S'abstenir de consommer de l'alcool si elle emploie des préparations à base de métronidazole.
- Utiliser un lubrifiant en cas de vaginite atrophique.
- Éviter de porter des sous-vêtements trop serrés en tissu synthétique en cas de candidose à répétition.
- Observer les règles d'hygiène périnéale de façon à éviter de nouvelles infections.

Candidose soupçonnée

Interventions pharmacologiques

clotrimazole (Canesten) (**médicament de classe A**), crème à 1 % ou ovule PV une fois par jour pendant 6 ou 7 jours

ou

miconazole (Monistat) (**médicament de classe A**), crème vaginale à 2 % ou ovule de 200 mg PV une fois par jour pendant 6 ou 7 jours

Surveillance et suivi

- Revoyez la cliente au bout de 7-10 jours, une fois le traitement terminé.
- Vérifiez la glycémie en cas de vaginite à levure récurrente.
- Chez les femmes qui prennent des CO et qui ont des infections fréquentes, les CO peuvent être un facteur prédisposant.
- Dans les cas d'infections vaginales à levure récurrentes et d'origine inconnue, l'application de yogourt nature dans le vagin peut aider à prévenir les rechutes (une fois que le traitement par la crème ou les ovules est terminé).
- La balanite à *Candida* chez le partenaire sexuel masculin doit être traitée à l'aide d'une pommade topique à base de clotrimazole ou de miconazole.

Vaginose bactérienne soupçonnée

Interventions pharmacologiques

métronidazole (Flagyl) (**médicament de classe A**), 500 mg PO bid pendant 7 jours

Indiquez à la cliente qu'elle doit s'abstenir de consommer de l'alcool pendant qu'elle prend de la métronidazole en raison des effets secondaires analogues à ceux de l'Antabuse provoqués par ce médicament.

N'utilisez pas le métronidazole chez les femmes enceintes ou qui allaitent, ni chez celles atteintes d'alcoolisme chronique. Utilisez plutôt le médicament suivant :

amoxicilline (Amoxil) (**médicament de classe A**), 500 mg PO tid pendant 7 jours

Surveillance et suivi

- Revoyez la cliente au bout de 7-10 jours, une fois le traitement terminé.
- Le traitement du partenaire sexuel n'est habituellement pas indiqué.

Infection à **Trichomonas vaginalis** *soupçonnée*

Interventions pharmacologiques

métronidazole (Flagyl) (**médicament de classe A**), 2,0 g PO immédiatement en une seule dose

ou

métronidazole (Flagyl) (**médicament de classe A**), 250 mg PO tid pendant 7 jours

Indiquez à la cliente qu'elle doit s'abstenir de consommer de l'alcool pendant qu'elle prend de la métronidazole en raison des effets secondaires analogues à ceux de l'Antabuse provoqués par ce médicament.

N'utilisez pas le métronidazole chez les femmes enceintes ou qui allaitent, ni chez celles présentant un alcoolisme chronique. Utilisez plutôt le médicament suivant :

amoxicilline (Amoxil) (**médicament de classe A**), 500 mg PO tid pendant 7 jours

Expliquez à la cliente qu'elle doit s'abstenir d'avoir des rapports sexuels pendant 3-4 jours.

Traitez le partenaire sexuel :

métronidazole (Flagyl) (**médicament de classe A**), 2,0 g PO immédiatement en une seule dose

Surveillance et suivi

- Revoyez la cliente au bout de 7-10 jours, une fois le traitement terminé.

PAPILLOMAVIRUS (HPV) (VERRUES GÉNITALES)

DÉFINITION

Le papillomavirus (HPV) est un micro-organisme transmis sexuellement. Condylomes acuminés, verrues génitales et verrues vénériennes sont les autres noms des manifestations du papillomavirus.

CAUSES

Le papillomavirus, un virus à ADN de croissance lente de la famille des papovavirus, est le micro-organisme responsable de l'affection. Plus de 70 souches du virus ont été répertoriées. Les verrues peuvent apparaître à peine 1-2 mois après l'exposition, mais la plupart des infections demeurent subcliniques.

Facteurs de risque

- Premier rapport sexuel à un jeune âge
- Partenaires sexuels multiples
- Antécédents d'infections transmissibles

SYMPTOMATOLOGIE

- Petites « bosses » ou verrues génitales indolores
- Prurit
- Saignements pendant et après le coït
- Pertes vaginales malodorantes
- Dysurie
- Excroissances ressemblant à des verrues dans la région génitale, saillantes et rugueuses ou plates et lisses.
- Lésions uniques ou groupées, dont la taille varie de moins d'un mm de diamètre à des agrégats ayant un aspect en chou-fleur.
- Papillomes de couleur rose pâle.

OBSERVATIONS

Excroissances ressemblant à des verrues dans la région génitale, qui sont saillantes et rugueuses ou plates et lisses.

Pour vérifier si la paroi vaginale présente des lésions, appliquez de l'acide acétique à 3 % (vinaigre); le vinaigre blanchit les lésions et les rend visibles.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Condylomes
- *Molluscum contagiosum*
- Cancer

TESTS DIAGNOSTIQUES

- L'identification visuelle suffit dans la plupart des cas.
- Cytologie : le test de Papanicolaou est utile, mais des résultats indiquant une koilocytose, une dyskératose, une atypie kératinisante, une inflammation atypique et une parakératose sont tous évocateurs d'un papillomavirus.
- Histologie : le diagnostic des lésions subcliniques, d'une dysplasie et d'une tumeur maligne se fait par colposcopie et biopsie dirigée.

TRAITEMENT

Consultation

Consultez un médecin afin qu'il prescrive un médicament pour traiter les verrues externes.

Interventions non pharmacologiques

Éducation de la cliente

- Expliquez à la cliente que le traitement élimine les verrues visibles mais non le virus, et qu'aucun traitement ne s'est révélé efficace à cette fin.
- Insistez sur le fait que l'ablation des verrues peut réduire la charge virale et la transmissibilité de l'agent pathogène.
- Conseillez à la cliente de s'abstenir d'avoir des rapports sexuels tant que les lésions sont présentes.

Interventions pharmacologiques

- Le traitement n'est pas recommandé pour les infections subcliniques (absence de verrues exophytiques)
- Appliquez chaque semaine, sur les verrues *externes* visibles, de la résine de podophylle (podophylline à 25 %) (**médicament de classe B**) dans un composé de teinture de benjoin jusqu'à la disparition des verrues.
- Vous pouvez appliquer de la gelée de pétrole sur la peau entourant les verrues, afin de protéger les régions non atteintes.
- Indiquez à la cliente qu'elle doit enlever la résine en se lavant au bout de 4 heures.
- Si les verrues n'ont pas été éliminées après six applications, envisagez un autre traitement.

Surveillance et suivi

- Un suivi à court terme n'est pas recommandé si la patiente est asymptomatique après le traitement.
- Un suivi à long terme doit inclure un test de Papanicolaou et des examens pelviens annuels.
- Encouragez la patiente à examiner ses organes génitaux.

Il existe une association établie entre l'infection à papillomavirus et la survenue ultérieure du cancer du col. Par conséquent, pour les femmes présentant une telle infection, un dépistage annuel au moyen du test de Papanicolaou s'impose.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Consultez un médecin ou dirigez la cliente vers un médecin si les lésions persistent après six traitements consécutifs ou si vous diagnostiquez des verrues cervicales ou rectales.

INFECTION PELVIENNE

DÉFINITION

Infection ascendante de l'utérus et des trompes de Fallope. Peut être aiguë ou chronique.

CAUSES

- Causes les plus courantes : *Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia*
- Autres causes : bactéries anaérobies, *Escherichia coli*, streptocoques du groupe B
- Origine souvent polymicrobienne

Facteurs de risque

- Partenaires sexuels multiples
- Partenaire ayant des partenaires sexuelles multiples
- Emploi d'un stérilet
- Manœuvre instrumentale transcervicale (p. ex. insertion d'un stérilet)

SYMPTOMATOLOGIE

Peut se manifester de façon aiguë ou subaiguë.

- En règle générale, femmes jeunes et sexuellement actives.
- Femmes ayant des partenaires sexuels multiples (prévalence cinq fois plus grande)
- Partenaire de la cliente ayant des partenaires sexuelles multiples
- Emploi d'un stérilet comme méthode de contraception
- Douleurs d'apparition récente dans le bas-ventre
- Fièvre et frissons
- Pertes vaginales possibles
- Présence possible de perturbations du cycle menstruel ou de dyspareunie
- Nausées et vomissements
- Anorexie
- Symptômes urinaires

OBSERVATIONS

- Fièvre possible
- Accélération possible de la fréquence cardiaque
- Cliente en état de souffrance légère à sévère
- Sensibilité abdominale, avec ou sans décompression brusque de la paroi abdominale
- Leucorrhée possible
- Sensibilité légère à sévère à la palpation bimanuelle du col et de l'utérus
- Sensibilité du col à la mobilisation
- Sensibilité annexielle
- Sensation de plénitude annexielle ou de masse
- Signes possibles de péritonite

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Cervicite
- Grossesse ectopique
- Masse annexielle avec rupture ou torsion (p. ex. torsion d'un kyste ovarien)
- Pyélonéphrite
- Appendicite
- Affection intestinale inflammatoire
- Diverticulite

COMPLICATIONS

- Épisodes récurrents (dans 15 à 25 % des cas)
- Abcès tubo-ovarien (dans 15 % des cas)
- Septicémie
- Infertilité (prévalence de 12 % après un épisode)
- Douleurs pelviennes chroniques (dans 20 % des cas)
- Adhérences
- Risque accru de grossesse ectopique (risque quatre à huit fois plus élevé)

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Formule sanguine
- Prélèvements vaginaux et cervicaux en vue d'une culture et d'un antibiogramme, ainsi que pour rechercher *N. gonorrhoeae* et *Chlamydia*
- Test urinaire de grossesse

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager les symptômes
- Prévenir les complications

Consultation

- Consultez un médecin, car les médicaments de première intention doivent être prescrits par un médecin.
- Les infections pelviennes peuvent être traitées par une antibiothérapie, soit dans le cadre d'une hospitalisation, soit en consultation externe.

Interventions non pharmacologiques

Éducation de la cliente

- Expliquez à la cliente l'évolution de la maladie, le pronostic et les complications ultérieures.
- Expliquez à la cliente l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, importance d'observer le traitement)
- Recommandez-lui de se reposer davantage pendant la phase aiguë.
- Apprenez-lui les règles d'hygiène périnéale.
- Recommandez à la cliente d'éviter les rapports sexuels et l'emploi de tampons.
- Conseillez la cliente quant aux pratiques sexuelles sans risque (p. ex. utilisation de condoms pour prévenir d'autres épisodes).
- Recommandez à la cliente de revenir à la clinique si les symptômes s'aggravent ou s'il n'y a aucune amélioration après 48-72 heures.

Interventions pharmacologiques

Antibiothérapie en consultation externe :

céfoxitine (Mefoxin) (**médicament de classe B**), 2 g IM

et

probénécide (Benemid) (**médicament de classe D**), 1 g PO immédiatement

puis

doxycycline (Vibramycin) (**médicament de classe A**), 100 mg PO bid pendant 14 jours

ou

tétracycline (Tetracyn) (**médicament de classe A**), 500 mg PO qid pendant 14 jours

ou

érythromycine (E-Mycin) (**médicament de classe A**), 500 mg PO qid pendant 14 jours

En cas d'allergie à la pénicilline, utilisez seulement la doxycycline ou la tétracycline.

Analgésique et antipyrétique :

acétaminophène (Tylenol) (**médicament de classe A**), 500 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4 h au besoin

Surveillance et suivi

- Revoyez la cliente après 24-48 heures et prévoyez une visite de suivi au bout de 7-10 jours.
- Demandez-lui de revenir à la clinique si les symptômes s'aggravent malgré le traitement.
- Tous les partenaires sexuels doivent faire l'objet d'un examen visant à déceler les symptômes de MTS.

TRAITEMENT EN MILIEU HOSPITALIER

Indications d'hospitalisation

- La cliente ne répond pas au traitement.
- Nulliparité, en particulier chez les femmes de moins de 20 ans
- Grossesse
- Présence d'un abcès tubo-ovarien
- Présence de symptômes gastro-intestinaux
- Présence d'un stérilet
- La cliente semble très malade.
- Incapacité d'exclure les urgences chirurgicales comme cause de l'affection (p. ex. grossesse ectopique ou appendicite)
- Diagnostic incertain
- Intolérance de la cliente au traitement en consultation externe
- Cliente non fiable; on prévoit la non-adhésion au traitement et du suivi

Consultation

Consultez un médecin afin qu'il prescrive un médicament et pour organiser le transfert de la patiente.

Traitement adjuvant

– Gardez la cliente au lit
– Amorcez un traitement IV avec du soluté physiologique afin de garder la veine ouverte.
– Prélevez du sang en vue d'une culture (3 échantillons)

Interventions pharmacologiques

Antibiotiques IV :

céfoxitine (Mefoxin) (**médicament de classe B**), 2,0 g IV toutes les 6 h

et

doxycycline (Vibramycin) (**médicament de classe A**), 100 mg PO toutes les 2 h

En cas d'allergie à la doxycycline ou à la tétracycline :

érythromycine (Erythrocin) (**médicament de classe A**), 500 mg IV toutes les 6 h

N'administrez pas de céfoxitine aux clientes allergiques à la pénicilline, à cause du risque de réaction croisée.

Les femmes enceintes doivent faire l'objet d'une attention particulière : ne leur donnez pas de la doxycycline. Consultez un médecin au sujet du choix des antibiotiques.

Surveillance et suivi

Surveillez fréquemment les signes vitaux et les symptômes.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale dès que possible.

CONTRACEPTION

DÉFINITION

Prévention de la grossesse.

CONSEILS QUANT AU CHOIX D'UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE

Méthodes de barrière

– Évaluez la motivation de la cliente, la mesure dans laquelle elle se sent à l'aise avec ces méthodes et sa capacité de les utiliser systématiquement.
– Expliquez le mode d'emploi des condoms.
– Expliquez le mode d'emploi des applicateurs de gel et de mousse.
– Selon la disponibilité du dispositif et votre capacité, donnez un diaphragme de la taille appropriée à la cliente ou dirigez celle-ci vers un médecin.
– Montrez à la cliente comment mettre en place le diaphragme et demandez-lui de le faire à son tour.
– Contre-indications relatives à l'emploi d'un diaphragme : cystites à répétition et antécédents de syndrome de choc toxique.

Prévention de l'ovulation – Contraceptifs oraux

– Méthode consistant à prévenir la grossesse empêchant la libération de l'ovule et en entraînant des modifications de la glaire cervicale, de l'endomètre et de la motilité des trompes.
– Un test de Papanicolaou (frottis cervico-vaginal) doit être effectué tous les ans.
– Montrez à la cliente comment procéder à l'auto-examen des seins une fois par mois.
– Expliquez à la cliente le mode d'emploi des CO (elle doit prendre la pilule sans faute tous les jours à la même heure).
– Indiquez à la cliente qu'elle doit revenir à la clinique dans les cas suivants : céphalées, douleur dans les jambes ou œdème des jambes, aménorrhée ou saignements intermenstruels.
– Indiquez à la cliente que si elle oublie de prendre sa pilule pendant 2 jours consécutifs, ou si elle a des vomissements ou de la diarrhée, elle devra utiliser une méthode de barrière pendant le reste du cycle, en plus des CO, pour éviter une grossesse.

Prévention de l'implantation – Stérilet

- Expliquez de quelle façon le stérilet prévient la grossesse.
- Contre-indications absolues : antécédents d'infections pelviennes ou infection pelvienne active.
- Habituellement, le stérilet est contre-indiqué chez les nullipares.
- Contre-indications relatives : antécédents de MTS à répétition ou de grossesse ectopique, partenaires multiples, règles abondantes et dysménorrhée.

Stérilisation – Ligature des trompes et vasectomie

- Les deux partenaires devraient être présents lors de cette visite afin d'être bien renseignés et conseillés s'ils le souhaitent.
- Les clients doivent être absolument sûrs de ne plus vouloir d'enfants, puisque, à toutes fins pratiques, il s'agit d'interventions irréversibles.
- Ligature des trompes : consiste à insuffler de l'air dans l'abdomen, puis à sectionner et à suturer les trompes de Fallope sous anesthésie générale.
- Vasectomie : consiste à sectionner et à suturer les canaux déférents (peut s'effectuer en clinique externe).

Les deux interventions comportent des risques et certains effets déplaisants qu'il faut expliquer aux clients.

TRAITEMENT

Voir le tableau 6, plus loin, concernant les principes d'utilisation des contraceptifs oraux.

Objectifs

- Prévenir la grossesse
- Prévenir les maladies transmises sexuellement
- Déceler les effets secondaires et les corriger.

Interventions non pharmacologiques

- Discutez de toutes les méthodes de contraception : méthodes de barrière, spermicides, diaphragme, stérilet, CO, injections de Depo-Provera.
- Vu que le tabagisme augmente le risque de complications graves liées aux CO, il faudrait offrir à la cliente des consultations de renoncement au tabac si elle décide d'utiliser des CO.
- Incitez la cliente à utiliser des condoms en plus de la méthode de contraception choisie de manière à prévenir les maladies transmises sexuellement.
- Si elle a l'expérience et les connaissances voulues, l'infirmière peut elle-même déterminer la taille du diaphragme, si elle se sent à l'aise de le faire, ou diriger la cliente vers le médecin lors de sa prochaine visite au poste.
- Pour les adolescentes et les jeunes femmes, les CO ou le Depo-Provera (injections) sont les méthodes de choix.

Prescription de contraceptifs oraux

Le choix des CO dépend de divers facteurs :

- Absence de contre-indications à l'utilisation de CO (*voir le tableau 7, plus loin*)
- Caractéristiques du flux menstruel habituel (peu abondant, moyen ou abondant) (*voir le tableau 8, plus loin*)
- Présence de dysménorrhée
- Caractéristiques de la peau (teint clair, peau grasse, acné, hyperpilosité).
- Poids de la cliente (faible poids, poids moyen ou surcharge pondérale)

Choisissez les CO en fonction du profil de la cliente.

Tableau 6 : Principes d'utilisation des contraceptifs oraux

Anamnèse et examen physique

Avant de prescrire des CO, il faut procéder à une anamnèse et à un examen complets.

Obtenez les antécédents médicaux, gynécologiques et obstétricaux complets (voir la section « Évaluation de l'appareil reproducteur de la femme » plus haut dans le présent chapitre).

En particulier, relevez les affections chroniques (p. ex. cardiopathie, thrombose veineuse profonde, hypertension, migraines, affection pelvienne, infection génitale, épilepsie) ou les médicaments pouvant entraver la contraception orale.

Examinez l'utilisation de méthodes contraceptives dans le passé, leur efficacité, les problèmes rencontrés, la raison pour laquelle la cliente a cessé de les utiliser, les contre-indications particulières.

Tests de laboratoire

Procédez à un frottis vaginal (test de Papanicolaou) et à des prélèvements en vue de détecter *Chlamydia* et *N. gonorrhoeae* chez toutes les clientes qui ont eu des relations sexuelles.

Effectuez un test urinaire de grossesse.

Dose initiale

Pour les jeunes femmes en santé, commencez par une dose quotidienne de 30-35 µg d'œstrogènes, associée à la dose la plus faible possible de n'importe quel type de progestérone, de manière à procurer une contraception efficace et un cycle régulier.

Le traitement par la médroxyprogestérone (Depo-Provera) (**médicament de classe B**), 150 mg IM tous les 3 mois, et par tout CO renfermant 50 µg d'œstrogènes ne doit pas être amorcé par l'infirmière.

Femmes plus âgées

Tant que la cliente est menstruée, elle peut tomber enceinte.

La cliente doit continuer d'utiliser un moyen de contraception pendant l'année qui suit la ménopause (c.-à-d. absence de règles pendant 1 an).

Une association de CO faibles en œstrogènes (20 µg) est utile, à condition que la cliente ne fume pas et que la prise de CO ne soit pas contre-indiquée.

Postpartum : clientes qui n'allaitent pas

Les femmes qui n'allaitent pas peuvent s'attendre à voir réapparaître leurs règles environ 6 semaines après l'accouchement.

La cliente peut recommencer la CO n'importe quand après l'accouchement.

Si la cliente prévoit allaiter, il faut attendre 72 heures après l'accouchement avant d'administrer du Depo-Provera.

L'augmentation des thromboses liées à la prise de CO au cours de cette période est minime.

Postpartum : clientes qui allaitent

Chez les femmes qui allaitent, le moment où les règles reviennent varie beaucoup.

Une ovulation peut se produire en l'absence de menstruation.

Chez les clientes qui allaitent, on peut donner des CO à base de progestérone seulement (p. ex. noréthindrone [Micronor] ou administrer du Depo-Provera par voie IM).

Remarque :

Il est inutile de prévoir une période de « repos » pour la cliente habituée à prendre des CO.

Les CO peuvent être pris (en l'absence d'effets indésirables) jusqu'à la ménopause; cependant, si la cliente a plus de 35 ans, elle ne doit pas fumer.

Après la ménopause, d'autres méthodes de contraception doivent être envisagées.

La cliente doit continuer d'utiliser un moyen de contraception pendant toute l'année qui suit sa ménopause (c.-à-d. absence de règles pendant 1 an).

Tableau 7 : Contre-indications à l'utilisation de contraceptifs oraux

Contre-indications absolues	Contre-indications de principe	Contre-indications relatives
Throbophlébite, troubles thrombo-emboliques	Céphalées sévères, en particulier céphalées vasculaires ou migraines	Antécédents familiaux importants de diabète sucré
Troubles cérébrovasculaires	Hypertension (TA de 140/90 mm Hg ou plus)	Antécédents de cholestase durant la grossesse
Cardiopathie ischémique, coronaropathie	Diabète sucré	Hyperbilirubinémie congénitale (maladie de Gilbert)
Cancer connu ou soupçonné du sein	Affection active de la vésicule biliaire	Insuffisance hépatique au moment où la cliente consulte ou au cours de la dernière année
Néoplasie oestrogéno-dépendante connue ou soupçonnée	Mononucléose infectieuse, phase aiguë	Manque de fiabilité connu (cliente peu susceptible de prendre la pilule correctement).
Grossesse confirmée ou soupçonnée	Drépanocytose	
Tumeur hépatique bénigne ou maligne	Chirurgie élective lourde prévue au cours des 4 prochains mois ou chirurgie lourde nécessitant une immobilisation	
Saignements génitaux anormaux non diagnostiqués	Plâtre sur toute la jambe ou blessure grave à la partie inférieure de la jambe	
	Femmes de 40 ans ou plus	
	Femmes d'au moins 35 ans fumant beaucoup (plus de 15 cigarettes par jour)	

Tableau 8 : Choix des contraceptifs oraux

Caractéristiques de la cliente	CO de départ
Flux menstruel peu abondant	Triphasil, Ortho 0,5/35, Brevicon 0,5/35, Demulen 30 (**médicaments de classe A**)
Flux menstruel moyennement abondant	Triphasil, Demulen 30, Ortho 10/11 (**médicaments de classe A**)
Flux menstruel très abondant	LoEstrin 1,5/30, MinOvral Ortho 1/35, Brevicon 1/35, Ortho 10/11 (**médicaments de classe A**)
Flux menstruel anormalement abondant (cycles anovulatoires)	Consulter un médecin
Dysménorrhée	LoEstrin 1,5/30, MinOvral Ortho 1/35, Brevicon 1/35, Ortho 10/11 (**médicaments de classe A**)
Tendance à avoir la peau grasse ou de l'acné, à prendre du poids ou à avoir une hyperpilosité	Demulen 30, Triphasil, Ortho 0,5/35, Brevicon 0,5/35 (**médicaments de classe A**)

Cas où une surveillance étroite s'impose

- Dépression
- Épilepsie
- Antécédents familiaux d'hyperlipidémie
- Antécédents familiaux de décès du père, de la mère, d'un frère ou d'une sœur en raison d'un infarctus du myocarde, avant l'âge de 50 ans.

Consultez un médecin avant de donner des CO aux clientes présentant des « contre-indications relatives » (voir tableau 7) ou à celles qui doivent faire l'objet d'une surveillance étroite (voir plus haut). Ne donnez pas de CO aux clientes présentant des « contre-indications de principe » (voir tableau 7).

Surveillance et suivi

- Le premier examen de contrôle devrait avoir lieu au bout de 3 mois.
- Les femmes en bonne santé devraient subir des examens tous les ans, y compris le test de Papanicolaou.
- Incitez les femmes à s'examiner les seins et montrez-leur comment procéder.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Orientez vers un médecin toutes les femmes souhaitant utiliser un stérilet, se faire stériliser ou recevoir du Depo-Provera.

MÉNOPAUSE

DÉFINITION

Arrêt des règles pendant au moins un an chez une femme qui était auparavant menstruée.

CAUSES

- Vieillissement normal
- Insuffisance ovarienne prématurée (comme dans le cas d'une ménopause avant l'âge de 40 ans)
- Chirurgie
- Chimiothérapie ou pharmacothérapie
- Radiothérapie

SYMPTOMATOLOGIE

- Âge moyen de survenue : 51 ans
- Survient habituellement entre 45 et 55 ans
- Cycles menstruels irréguliers
- Au début, les cycles peuvent être courts et s'accompagner d'une ménorragie occasionnelle.
- Par la suite, les cycles deviennent plus longs et s'espacent; le flux menstruel est peu abondant.
- Les règles finissent par s'arrêter.
- Présence possible de bouffées de chaleur et de sueurs nocturnes.
- Présence possible de sécheresse, d'irritation et de démangeaisons vaginales.
- Dyspareunie possible.
- Présence possible de mictions impérieuses et fréquentes et de dysurie (atrophie de l'urètre)
- Présence possible de sautes d'humeur modérées à sévères.
- Anxiété, nervosité.
- Troubles du sommeil.
- Dépression possible.

OBSERVATIONS

- Humeur et affect : signes de dépression
- Atrophie des seins
- Rétrécissement de l'orifice vaginal (*ostium vaginae*)
- Paroi vaginale lisse, mince, pâle, sèche.
- Rétrécissement du col de l'utérus
- L'utérus semble petit à la palpation.
- Ovaires non palpables

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Saignements vaginaux anormaux
- Cystite infectieuse
- Vaginite infectieuse

COMPLICATIONS

- Difficultés d'adaptation à cette nouvelle étape de la vie
- Anxiété
- Dépression
- Ostéoporose

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Dosage de l'hormone folliculo-stimulante (FSH) et de l'hormone thyréotrope (TSH) (si le diagnostic n'est pas clair ou si la cliente a moins de 40 ans)
- Densitométrie osseuse (effectuée à la demande du médecin)
- Mammographie de dépistage tous les 2 ans

TRAITEMENT

Objectifs

- Offrir du soutien à la cliente et la rassurer.
- Prévenir les complications.

Consultation

Fixez un rendez-vous (non urgent) avec un médecin si les symptômes sont sévères, s'il y a des complications, si la cliente a moins de 40 ans ou si elle souhaite une hormonothérapie de remplacement (HTR).

Interventions non pharmacologiques

Éducation de la cliente

- Expliquez à la cliente que la ménopause est une étape normale du vieillissement.
- Évaluez les sentiments de la cliente face au vieillissement.
- Faire preuve de compréhension à l'endroit de la cliente plutôt que de nier ses symptômes, qui sont réels pour elle.
- Expliquez les risques et les avantages d'une HTR.
- Encouragez la cliente à avoir une alimentation équilibrée et à faire régulièrement de l'exercice pour son bien-être physique et mental.
- Conseillez à la cliente de revenir à la clinique en cas de saignements vaginaux postérieurs à la ménopause.
- Suggérez-lui d'utiliser un lubrifiant avant les rapports sexuels, en cas de dyspareunie.

Interventions pharmacologiques

Plantes médicinales et vitamines pouvant être utiles pendant la ménopause

Onagre (huile d'onagre)

Ingrédients actifs : acide gamma-linoléique et acide linoléique

L'huile tirée des graines est une bonne source d'acide gamma-linoléique qui est un acide gras essentiel (nutriment que le corps ne peut fabriquer mais qui est essentiel à la santé). L'huile d'onagre est utilisé pour traiter le syndrome prémenstruel (SPM) et la mastalgie (seins douloureux). Il n'existe pas de contre-indications ni d'interactions médicamenteuses connues.

Huile de lin

Ingrédients actifs : acides gras (acides palmitique, stérique, oléique, linoléique et linolénique)

L'huile de lin est une bonne source d'acides gras essentiels (nutriment que le corps ne peut fabriquer mais qui est essentiel à la santé). Elle est riche en acide gamma-linoléique et est utilisée par de nombreuses femmes pour soulager le SPM et la tension mammaire. Il n'existe aucun rapport faisant état d'effets toxiques lorsque le produit est utilisé selon les doses recommandées.

Vitamine E (400-1 200 UI/jour)

Sources alimentaires : huiles végétales polyinsaturées, graines et noix

La vitamine E est un antioxydant. Selon des études menées à la fin des années 40, la vitamine E soulage les bouffées de chaleur et la sécheresse vaginale chez les femmes ménopausées; cependant, il n'existe aucune étude récente sur la question. La vitamine E comporte d'autres avantages : une étude américaine d'envergure, la *Nurses Health Study* a révélé que les femmes qui avaient pris de la vitamine E pendant plus de 2 ans avaient réduit de 40 % leur risque de crise cardiaque.

La vitamine E potentialise (augmente) l'effet des anticoagulants comme le coumadin et l'acide acétylsalicylique (AAS).

Vitamine B_6 (50 mg PO, une fois par jour)

Sources alimentaires : grains entiers, bananes, pommes de terre, noix et graines, chou-fleur

La pyridoxine favorise la production d'hormones cérébrales (neurotransmetteurs). Plus de 50 autres processus chimiques dans l'organisme dépendent de la pyridoxine. Les taux de vitamine B_6 peuvent être faibles chez les personnes déprimées et chez les femmes qui prennent des œstrogènes sous forme de contraceptifs oraux ou d'hormonothérapie de remplacement. Cette vitamine ne présente aucun danger lorsqu'elle est prise selon les doses recommandées.

Le **calcium** (500 mg PO, 1-3 fois/jour) et la **vitamine D** (400-800 UI PO chaque jour) sont recommandés pour les personnes qui ne consomment pas suffisamment d'aliments riches en calcium.

Le calcium peut être contre-indiqué chez les clientes ayant des antécédents de calculs rénaux.

Source : Conférence canadienne de consensus sur la ménopause et l'ostéoporose (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 1998)

Hormonothérapie de remplacement

L'hormonothérapie de remplacement est toujours amorcée par un médecin. Il existe plusieurs schémas posologiques et plusieurs modes d'administration (p. ex. pilules, timbres transdermiques, crèmes à base d'œstrogènes conjugués). Exemple d'HTR pour une femme ménopausée dont l'utérus est intact :

œstrogènes conjugués (Premarin) (**médicament de classe B**), 0,635 mg PO une fois par jour

et

médroxyprogestérone (Provera) (**médicament de classe B**), 10 mg PO une fois par jour

Ou encore, pour une femme ménopausée sans utérus :

œstrogènes conjugués (Premarin) (**médicament de classe B**), 0,635 mg PO une fois par jour

L'hormonothérapie de remplacement doit être poursuivie pendant 7-10 ans si l'on veut optimiser ses bienfaits sur le plan de la prévention de l'ostéoporose et ses effets cardioprotecteurs.

Surveillance et suivi

- Revoyez la cliente 1-2 mois après le début de l'hormonothérapie, puis tous les 6 mois par la suite.
- Surveillez les signes d'ostéoporose, de saignements utérins anormaux.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Généralement inutile, sauf en cas de complications.

URGENCES GYNÉCOLOGIQUES

DOULEUR PELVIENNE AIGUË D'ORIGINE GYNÉCOLOGIQUE

DÉFINITION

Douleur abdominale aiguë due à un dysfonctionnement ou une affection de l'appareil reproducteur.

CAUSES

- Grossesse ectopique non soupçonnée
- Rupture ou torsion d'un kyste ovarien
- Infection pelvienne aiguë
- Dysménorrhée sévère

SYMPTOMATOLOGIE

- Apparition soudaine ou progressive d'une douleur abdominale
- Douleur de plus en plus intense
- Douleur aggravée par la toux, l'effort pendant la défécation ou la miction
- Douleur pouvant irradier jusque dans la pointe de l'épaule (p. ex. grossesse ectopique)
- Présence possible de saignements vaginaux anormaux
- Présence possible de fièvre, de frissons et de leucorrhée.
- Nausées et vomissements possibles
- Syncope possible

OBSERVATIONS

- Fièvre possible
- Fréquence cardiaque rapide
- Tension artérielle normale ou basse, ou encore hypotension
- La cliente semble dans un état de souffrance modérée à aiguë.
- Elle peut marcher lentement, penchée en avant et en se tenant l'abdomen.
- L'abdomen semble normal.
- L'examen pelvien peut révéler un écoulement de pus ou un saignement par le col de l'utérus.
- Diminution ou absence possible de bruits intestinaux
- Sensibilité du bas-ventre
- Signes possibles de péritonite localisée ou généralisée
- L'examen pelvien bimanuel révèle une vive sensibilité du col à la mobilisation.
- Présence possible d'une sensibilité annexielle ou d'une masse
- Le résultat du test de grossesse peut être positif

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Grossesse ectopique
- Avortement spontané
- Infection pelvienne
- Saignement d'un kyste du corps jaune
- Torsion annexielle
- Syndrome intermenstruel
- Endométriose
- Dysménorrhée
- Cystite
- Pyélonéphrite
- Calcul urétéral
- Affection intestinale inflammatoire
- Côlon irritable
- Occlusion intestinale

COMPLICATIONS

- Hémorragie interne entraînant un choc hypovolémique
- Septicémie

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Dosage de l'hémoglobine
- Prélèvement d'un échantillon d'urine en vue d'une analyse et d'une culture; test urinaire de grossesse

TRAITEMENT

Objectifs

- Soulager la douleur
- Prévenir les complications

Si vous soupçonnez une infection pelvienne, voyez *la section « Infection pelvienne » plus haut, dans le présent chapitre.*

Si vous soupçonnez une grossesse ectopique, voyez *la section « Grossesse ectopique » dans le chapitre 12 « Obstétrique ».*

Consultation

Consultez un médecin le plus tôt possible, à moins que vous n'ayez déterminé la cause et qu'elle soit mineure (p. ex. syndrome intermenstruel ou dysménorrhée).

Interventions non pharmacologiques

- N’administrez rien par la bouche.
- Gardez la cliente alitée.
- Envisagez une intubation naso-gastrique si vous observez des signes de péritonite ou d’occlusion intestinale.
- Envisagez la mise en place d’une sonde de Foley si l’état hémodynamique de la cliente est instable.

Traitement adjuvant

- Amorcez un traitement IV avec du soluté physiologique à l’aide d’une intraveineuse de gros calibre (14 ou 16).
- Ajustez le débit selon l’âge et l’état d’hydratation.
- Au besoin, administrez de l’oxygène au masque à raison de 6-10 l/min si la cliente est en état de choc; maintenez la saturation du sang en oxygène à plus de 97-98 %.

Interventions pharmacologiques

Analgésique :

mépéridine (Demerol) (**médicament de classe D**), 50-100 mg IM

Surveillance et suivi

Surveillez l’ABC (voies respiratoires, respiration et circulation), les signes vitaux, ainsi que l’apport liquidien et le débit urinaire.

Orientation vers d’autres ressources médicales

Procédez à l’évacuation médicale le plus tôt possible si le diagnostic est incertain.

CHAPITRE 14 – URGENCES GÉNÉRALES ET TRAUMATISMES MAJEURS

Table des matières

ÉVALUATION DES URGENCES ET TRAITEMENT DES TRAUMATISMES MAJEURS

GÉNÉRALITÉS

Mobilisez rapidement des ressources.

- Chargez une personne de mener l'évaluation.
- Chargez une personne d'amorcer la réanimation.
- Chargez une personne de faire les appels téléphoniques.

Souvenez-vous de l'ABC de l'évaluation des urgences :

A désigne le dégagement des voies respiratoires et la maîtrise de la colonne cervicale.

B désigne la respiration.

C désigne la circulation et la maîtrise des hémorragies.

D désigne un déficit neurologique (perte de conscience).

E désigne l'exposition.

F désigne les fractures.

EXAMEN PRIMAIRE

Cette évaluation doit se faire rapidement, dans la minute ou les deux minutes qui suivent l'arrivée du client. Rien ne doit l'interrompre sauf la libération des voies respiratoires ou le traitement de l'arrêt cardiaque.

VOIES RESPIRATOIRES (ET COLONNE CERVICALE)

- À ce stade, procédez à l'évaluation initiale de l'état de conscience.
- Demandez au client ce qui s'est passé; s'il peut vous répondre, vous disposerez de renseignements précieux sur la liberté des voies respiratoires et l'état de conscience.
- Évaluez les voies respiratoires; veillez à ce qu'elles soient dégagées.
- Gardez la colonne cervicale dans l'axe naturel du corps tout en dégageant les voies respiratoires.
- Ouvrez les voies respiratoires en soulevant le menton ou en déplaçant la mâchoire inférieure vers l'avant.
- Retirez les corps étrangers de la bouche à l'aide de la technique du doigt en crochet ou de l'appareil d'aspiration (ou de ces deux méthodes).
- Veillez à ce que la langue ne retombe pas dans le pharynx et n'obstrue pas les voies respiratoires.
- Introduisez une canule oropharyngée si le client est inconscient.

RESPIRATION

- Vérifiez l'effort respiratoire (regarder, écouter et sentir).
- Vérifiez si le client a une respiration efficace.
- Assurez une ventilation assistée si la respiration n'est pas efficace (p. ex. fréquence ≤ 8 insufflations/min ou si elle est absente même si les voies respiratoires sont libres).
- Ventilez au masque avec de l'oxygène à l'aide d'un ballon Ambu à raison de 12 insufflations/min.
- Si le client a une respiration efficace, améliorez l'oxygénation des tissus vitaux.
- Demandez à un deuxième sauveteur de commencer à administrer de l'oxygène, mais si vous êtes seul, n'interrompez pas l'examen primaire pour le faire.
- Administrez de l'oxygène au masque à raison de 10-12 l/min ou plus; maintenez la saturation en oxygène > 97 % ou 98 %.

CIRCULATION (CENTRALE, PÉRIPHÉRIQUE)

Au départ, on évalue la circulation centrale en fonction de trois paramètres : le pouls, la couleur de la peau et l'état de conscience :

- Posez la main sur le cou et vérifiez l'artère carotide.
- Prenez le pouls radial.
- Ne mesurez pas la fréquence cardiaque pour l'instant; contentez-vous de sentir la présence et la qualité du pouls.
- Examinez la peau (couleur) et palpez-la (température des membres).
- Déterminez l'état de conscience.

Les clients traumatisés qui ont la peau froide et présentent une tachycardie doivent être considérés comme étant en état de choc hypovolémique jusqu'à preuve du contraire.

Un client en état de choc spinal n'est pas nécessairement pâle, en sueur ou froid et n'a pas une fréquence cardiaque rapide. Il présente plutôt une tension artérielle basse et une paralysie.

COU

- Vérifiez s’il y a des déformations, des contusions, des éraflures, des plaies pénétrantes, des brûlures, des lacérations ou de l’œdème.
- Examinez et palpez les veines du cou; notez si elles sont plates ou dilatées.
- Examinez et palpez la trachée; notez si elle est alignée avec le plan médian du corps ou déviée.

THORAX

- Dénudez le thorax et vérifiez s’il y a des déformations, des contusions, des éraflures, des plaies pénétrantes, des brûlures, des lacérations ou de l’œdème; palpez le thorax pour déterminer s’il y a de la sensibilité, de l’instabilité (volet costal) ou des crépitations.
- Déterminez s’il y a une plaie aspirante du thorax, un volet costal ou un pneumothorax suffocant et procédez aux interventions nécessaires, au besoin.
- Recouvrez la plaie aspirante du thorax d’un pansement occlusif fixé sur trois côtés seulement pour évacuer la pression (soupape).
- Si un corps étranger (p. ex. un couteau) fait saillie de la paroi thoracique, ne le retirez pas; maintenez-le en place à l’aide de ruban adhésif.
- Stabilisez le volet costal manuellement (*Voir la section « Volet costal » plus loin dans ce chapitre*).
- Évacuez la pression du pneumothorax suffocant en aspirant l’air à l’aide d’une aiguille (*Voir la section « Pneumothorax » du chapitre 3, « Appareil respiratoire »).*
- Auscultez brièvement la paroi antérieure du thorax, vers le deuxième espace intercostal, des deux côtés, à l’aide d’un stéthoscope.
- Vérifiez s’il y a des bruits respiratoires et s’ils sont égaux des deux côtés.
- Si les bruits respiratoires sont inégaux, effectuez des percussions rapides de haut en bas des deux côtés pour déterminer s’il y a un pneumothorax suffocant ou un hémothorax.

ABDOMEN, BASSIN ET MEMBRES

- Dénudez et observez rapidement l’abdomen pour déterminer s’il y a des distensions, des contusions, des éraflures ou des plaies pénétrantes.
- Palpez doucement et rapidement tous les quadrants pour déceler de la sensibilité ou de la rigidité.
- Vérifiez rapidement le bassin : déterminez s’il y a des déformations, des contusions, des éraflures, des plaies pénétrantes, des brûlures, des lacérations et de l’œdème. Palpez pour voir s’il y a de la sensibilité, de l’instabilité et des crépitations en appuyant sur la symphyse pubienne ou en exerçant une pression sur les crêtes iliaques.
- Examinez les jambes et les bras : déterminez s’il y a des déformations, des contusions, des éraflures, des plaies pénétrantes, des brûlures, des lacérations et de l’œdème. Palpez pour voir s’il y a de la sensibilité, de l’instabilité et des crépitations. Vérifiez aussi le pouls, la fonction motrice et la sensation.

MAÎTRISE DES SAIGNEMENTS

- Décelez et maîtrisez les saignements externes, si cela n’a pas déjà été fait par un deuxième sauveteur.
- Exercez une pression directe sur la plaie et appliquez des pansements.

Il ne faut pas utiliser de garrots, car ils peuvent entraîner un métabolisme anaérobie et augmenter les pertes sanguines s’ils sont mal appliqués.

DÉCISION

À l’aide des données recueillies au cours de l’examen primaire, décidez si le client est dans un état critique ou dans un état stable.

Si le client est dans un état critique, transférez-le immédiatement sur une planche dorsale. Avant de le transporter hors des lieux de l’accident, n’effectuez que les interventions critiques suivantes :

- Dégager les voies respiratoires
- Maîtriser les hémorragies externes
- Recouvrir hermétiquement une plaie aspirante du thorax
- Stabiliser manuellement un volet costal
- Évacuer la pression d’un pneumothorax suffocant
- Hyperventiler le client si vous redoutez une blessure importante à la tête
- Effectuer la réanimation cardiorespiratoire (RCR)

Évaluez toujours les avantages d’une intervention sur les lieux par rapport au temps qu’il faut pour l’effectuer. Les mesures de sauvetage non vitales, par exemple l’application de bandages et d’attelles, ne doivent pas retarder le transport. Si l’examen primaire révèle que la victime n’est pas dans un état critique, transférez-la sur une planche dorsale. Retournez-la en bloc et vérifiez les régions postérieures du corps pendant la manœuvre.

EXAMEN SECONDAIRE

Si le client est dans un état critique, l'examen secondaire se fait dans un établissement de soins de santé ou pendant le transport vers cet établissement. Si le client semble être dans un état stable, l'examen secondaire peut se faire, si possible, sur les lieux de l'accident (mais il ne doit pas prendre plus de 10 minutes) ou à l'établissement de soins de santé.

1. Prenez les signes vitaux en utilisant, notamment un oxymètre de pouls (si disponible).

2. Renseignez-vous sur les circonstances de l'accident. Si le client est inconscient, informez-vous auprès des témoins et déterminez s'il porte un bracelet d'alerte médicale.

3. Recueillez une anamnèse sommaire (SAMMDE) auprès du client s'il est conscient :

S pour symptômes.

A pour allergies.

M pour médicaments.

M pour maladies antérieures.

D pour dernier repas.

E pour événements ou environnement lié à la blessure.

4. Faites un examen physique détaillé de la tête aux pieds. Retournez le client en bloc en protégeant la colonne vertébrale afin d'examiner la face postérieure de la paroi thoracique, les flancs, le dos et le rectum. Si un couteau ou un autre objet s'est logé dans la peau du client, ne le retirez pas; contentez-vous de le stabiliser.

TÊTE ET COU

- Évaluez de nouveau l'ABC.
- Examinez et palpez le crâne et le visage pour déterminer s'il y a des déformations, des contusions, des éraflures, des plaies pénétrantes, des brûlures, des lacérations ou de l'œdème.
- Palpez pour voir s'il y a de la sensibilité, de l'instabilité ou des crépitations.
- Déterminez si le client présente le signe de Battle (décoloration bleuâtre de l'apophyse mastoïde).
- Déterminez si le client a les yeux au beurre noir (ce qui pourrait dénoter une fracture de la base du crâne).
- Un écoulement nasal clair indique une rhinorrée de liquide céphalo-rachidien.
- Vérifiez s'il y a du sang dans le conduit auditif ou un hémotympan (une coloration bleuâtre-violacée derrière le tympan causée par la présence de sang et dénotant une fracture de la base du crâne).

COU

- Vérifiez de nouveau le cou pour déterminer s'il y a des déformations, des contusions, des éraflures, des plaies pénétrantes, des brûlures, des lacérations et de l'œdème.
- Prenez le pouls carotidien de nouveau.
- Déterminez s'il y a distension des veines du cou (indiquant un pneumothorax suffocant ou une tamponnade cardiaque) ou déviation de la trachée.
- Supposez que la colonne cervicale est touchée si le traumatisme est survenu au-dessus de la clavicule.
- Immobilisez le cou de façon adéquate.
- Mettez en place un collet cervical si ce n'est déjà fait!

THORAX

Inspection

- Effort respiratoire
- Mouvement thoracique égal
- Déformation
- Contusions
- Lacérations
- Plaies pénétrantes

Palpation

- Mouvement thoracique égal
- Position de la trachée
- Crépitation, déformations
- Fractures des côtes inférieures (présence possible de lésions à la rate ou aux reins)

Percussion

- Zone de matité

Auscultation

- Entrée d'air
- Qualité des bruits respiratoires
- Égalité des bruits respiratoires

APPAREIL CARDIOVASCULAIRE

- Auscultez le cœur pour évaluer les bruits du cœur : présence, qualité, faiblesse.

ABDOMEN

Inspection

- Plaies pénétrantes, traumatismes abdominaux fermés, lacérations
- Contusions (face antérieure, côtés)
- Saignement
- Distension

Palpation

- Défense abdominale, rigidité, sensibilité à la décompression
- Sensibilité
- Fractures des côtes inférieures (rupture de la rate, lésions à l'intestin et présence possible d'une plaie pénétrante ou d'une hémorragie intra-abdominale)

BASSIN ET APPAREIL GÉNITAL

Inspection

- Écoulement de sang du méat urinaire

Palpation

- Sensibilité de la crête iliaque et de la symphyse pubienne (indiquant une fracture du bassin)
- Distension de la vessie

Rappelez-vous que les fractures du bassin et du fémur peuvent entraîner des pertes de sang abondantes.

MEMBRES

Inspection

- Saignement, lacérations, contusions, œdème, déformations
- Position des jambes : la rotation externe inhabituelle d'une jambe peut dénoter une fracture du col du fémur ou du membre.
- Mouvement des membres

Palpation

- Sensation
- Sensibilité au toucher, crépitation
- Tonus musculaire
- Pouls distaux
- Réflexes : présence, qualité

Rappelez-vous que les fractures du bassin et du fémur peuvent entraîner des pertes de sang abondantes.

DOS

Retournez le client en bloc en protégeant la colonne vertébrale afin d'examiner le dos et le rectum.

Inspection

- Lacérations
- Saignement
- Contusions : face postérieure de la paroi thoracique, flancs, région lombaire, fesses
- Œdème

Palpation

- Sensibilité
- Déformations
- Crépitation

SYSTÈME NEUROLOGIQUE

Procédez à un bref examen neurologique pour évaluer l'état de conscience ainsi que la taille et la réaction des pupilles et pour détecter toute faiblesse latérale des membres.

Décrivez l'état de conscience selon la méthode EVDA :

E pour éveillé.

V pour réaction à des stimuli verbaux.

D pour réaction à des stimuli douloureux.

A pour absence de réaction.

Évaluez en outre les aspects suivants :

- Pupilles : position, égalité, réactivité
- Fonction motrice : mouvement volontaire des doigts et des orteils
- Sensibilité : le client sent-il que vous lui touchez les doigts et les orteils?

Effectuez un examen neurologique détaillé et évaluez le client selon l'échelle de coma de Glasgow (*Voir le tableau 1 dans la section « Traumatisme crânien » plus loin dans ce chapitre*) une fois l'évaluation initiale terminée.

SOINS DÉFINITIFS

- Poursuivez les mesures de réanimation amorcées plus tôt (p. ex. dégagement des voies respiratoires, traitement intraveineux, administration d'oxygène).
- Prenez en charge les problèmes décelés selon l'ordre de priorité.
- Veillez à protéger les voies respiratoires chez le client inconscient.
- Aspirez les sécrétions, au besoin.
- Administrez de l'oxygène même si la respiration semble adéquate.
- Procédez à un traitement énergique de l'hypotension en procédant au remplacement liquidien par voie intraveineuse *(Voir la section « État de choc » plus loin dans ce chapitre*).
- Introduisez une sonde gastrique et aspirez les sécrétions sauf si le client a des fractures du visage ou si vous soupçonnez une fracture de la base du crâne. *Si vous avez des doutes, n'introduisez pas la sonde. Consultez d'abord un médecin*.
- Mettez en place une sonde de Foley (s'il n'y a pas de contre-indications).
- Contre-indications à la mise en place d'une sonde : sang dans le méat urinaire, sang dans le scrotum, fracture du bassin évidente

MISE EN PLACE DE BANDAGES ET D'ATTELLES

- Au besoin, finissez d'appliquer des bandages et des attelles sur les blessures.
- Dans le cas des fractures des membres supérieurs avec déformation, il vaut mieux poser l'attelle dans l'état où le membre a été trouvé.
- Il faut redresser doucement les fractures des membres inférieurs à l'aide d'attelles à traction (attelles de Thomas) ou d'attelles gonflables (si disponibles).

SURVEILLANCE ET SUIVI

- Surveillez et réévaluez souvent l'ABC.
- Surveillez les signes vitaux aussi souvent que possible jusqu'à ce que l'état du client soit stabilisé.
- Réévaluez la situation si l'état du client s'aggrave.
- Réévaluez la situation chaque fois que vous faites une intervention.
- Surveillez le débit urinaire horaire (le débit visé est d'environ 50 ml/h).

L'irritabilité ou l'agitation peuvent être causées par l'hypoxie, la distension de la vessie ou de l'estomac, la peur, la douleur ou une blessure à la tête. Mais ne présupposez pas qu'une blessure à la tête est en cause. Écartez d'abord les causes corrigeables.

Les blessures à la tête n'entraînent jamais de choc hypovolémique. Recherchez d'autres sources d'hémorragie.

LISTE DE CONTRÔLE

- Vérifiez si les voies respiratoires sont libres.
- Vérifiez le débit d'oxygène.
- Vérifiez la perméabilité des tubulures et le débit de perfusion.
- Vérifiez si l'aiguille utilisée pour exsuffler le pneumothorax suffocant est perméable, s'il y a lieu.
- Vérifiez les attelles et les pansements.
- Vérifiez le rythme d'hyperventilation du client dont l'état de conscience est diminué.
- Vérifiez la position des femmes enceintes; inclinez la planche dorsale légèrement vers la gauche.

CONSULTATION

Consultez un médecin de l'établissement d'accueil dès que possible (quand l'état du client s'est stabilisé).

ORIENTATION VERS D'AUTRES RESSOURCES MÉDICALES

- Procédez à l'évacuation médicale dès que possible. Veillez à ce que l'état du client soit aussi stable que possible avant qu'il ne quitte l'établissement de santé.
- Les effets de la pression sur certaines blessures sont accentués dans les avions non pressurisés; certaines limites maximales s'appliquent à l'altitude de vol (*Voir le guide Soins du malade à bord d'un avion* [Direction générale des services médicaux, 1985]).

TRAUMATISMES MAJEURS

TRAUMATISME CRÂNIEN

DÉFINITION

Blessure violente et fermée aux structures osseuses ou aux tissus mous du crâne (cuir chevelu et cerveau).

L'œdème est la première réaction du cerveau qui a subi des contusions. Les contusions causent une vasodilatation en augmentant l'afflux sanguin vers le foyer de la blessure; comme il n'y a pas d'espace supplémentaire dans le crâne, une accumulation de sang prend de la place et exerce une pression sur les tissus cérébraux avoisinants. Cette pression diminue l'afflux sanguin vers les régions intactes du cerveau. L'œdème cérébral ne survient pas immédiatement, mais dans les 24 à 48 heures qui suivent. On peut sauver la vie du blessé en intervenant tôt pour diminuer la vasodilatation initiale de la région atteinte.

TYPES DE BLESSURES CRÂNIENNES

Lacérations du cuir chevelu

Fracture du crâne

Blessures au cerveau :

- *Commotion cérébrale* : pas de lésion grave au cerveau, brève période d'inconscience puis retour à la normale, amnésie rétrograde à court terme, étourdissements, céphalées, nausées, tintement dans les oreilles
- *Contusion cérébrale :* inconscience prolongée ou altération grave de la conscience; présence possible de signes neurologiques focaux
- *Hémorragie intracrânienne :* saignement dans les tissus cérébraux
- *Hématome épidural aigu :* saignement entre la dure-mère et le crâne
- *Hémorragie sous-durale aiguë :* saignement entre la dure-mère et l'arachnoïde associé à une blessure au cerveau sous-jacente

SYMPTOMATOLOGIE ET OBSERVATIONS

Blessures à faible risque

- Critères : traumatismes mineurs, lésions du cuir chevelu, absence de signes de lésion intracrânienne, absence de perte de conscience
- Traitement : observer tout signe ou symptôme de lésion au cerveau; confier le client à un observateur fiable qui prendra le relais à la maison

Blessures à risque moyen

- Critères : symptômes évocateurs d'une lésion intracrânienne, notamment vomissements, perte de conscience temporaire, céphalées sévères, convulsions post-traumatiques, amnésie, signes d'une fracture de la base du crâne (rhinorrée cérébrospinale, signe de Battle, yeux au beurre noir, hémotympan, signes neurologiques non focaux)

Blessures à risque élevé

- Critères : diminution du degré de conscience, signes neurologiques focaux, traumatisme crânien pénétrant ou enfoncement localisé et palpable du crâne

Autres aspects

L'évaluation neurologique initiale est fondamentale.

- Les blessures à la tête sont souvent associées à d'autres traumatismes graves.
- L'hypotension chez les adultes n'est jamais causée par une blessure isolée à la tête, sauf si le client est au seuil de la mort; vérifiez s'il y a d'autres blessures, comme des lésions à la moelle épinière.
- L'examen physique doit comprendre un examen neurologique complet ainsi qu'une inspection visant à déceler des signes d'une fracture de la base du crâne (p. ex. rhinorrée cérébrospinale, signe de Battle, yeux au beurre noir, hémotympan).
- Présupposez que la colonne cervicale est touchée dans tous les cas de traumatisme à la tête.
- Rappelez-vous qu'il peut y avoir des traumatismes multiples.

Le tableau clinique évolue toujours dans les cas de blessures à la tête. L'état du client va s'améliorer ou s'aggraver avec le temps; il faut donc réévaluer la situation fréquemment.

ÉCHELLE DE COMA DE GLASGOW

L'échelle de coma de Glasgow (tableau 1 plus loin) sert à évaluer la gravité du coma.

- Évaluez le client fréquemment.
- Vérifiez si le score baisse.
- Toute baisse du score est un signal d'alarme.

Interprétation du score

- Score < 9 : lésion crânienne grave
- Score 9-12 : lésion crânienne moyenne
- Score 13-15 : lésion crânienne légère

L'échelle de coma de Glasgow n'a qu'une utilité générale : 18 % des personnes qui obtiennent un score de 15 présentent des anomalies à la tomodensitométrie et 5 % de celles qui obtiennent un score de 15 ont besoin d'une intervention neurochirurgicale. Le score est particulièrement peu fiable chez les enfants.

Par définition, les comateux ne peuvent pas ouvrir les yeux, obéir à des ordres ni s'exprimer verbalement.

COMPLICATIONS

- Convulsions
- Vomissements
- État de choc

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Traumatismes crâniens mineurs

- Caractéristiques : aucun signe de lésion intracrânienne, aucune perte de conscience
- Traitement : observer le patient pendant 12 à 24 heures pour déceler tout signe ou symptôme de blessure au cerveau; confier le patient à un observateur fiable qui prendra le relais à la maison.

Tableau 1 : Calcul du score à l'échelle de coma de Glasgow*

Ouverture des yeux		Meilleure réponse motrice		Meilleure réponse verbale	
Réponse	Score	Réponse	Score	Réponse	Score
		Obéit	6		
		Localise la douleur	5	Orienté	5
Spontanément	4	Rétraction en flexion	4	Désorienté	4
Aux stimuli verbaux	3	Flexion anormale	3	Réponse inadéquate	3
À la douleur	2	Extension	2	Aux sons seulement	2
Jamais	1	Pas de réponse	1	Pas de réponse	1

* Le score total correspond à la somme des scores obtenus pour chacun des trois critères (ouverture des yeux, meilleure réponse motrice, meilleure réponse verbale).

Traumatismes crâniens majeurs

Il n'y a pas grand-chose que vous puissiez faire, à l'étape préhospitalière, pour une personne qui a subi un traumatisme crânien majeur. Appliquez les principes de l'évaluation et du traitement des traumatismes (*Voir les sections « Examen primaire » et « Examen secondaire » plus haut dans ce chapitre*).

Rappelez-vous que l'ABC a la priorité : on ne sauvera pas le patient en sauvant seulement sa tête.

Étape 1

- Vérifiez si les voies respiratoires sont libres et administrez de l'oxygène supplémentaire à raison de 10 à 12 l/min.
- Hyperventilez le client au rythme de 24 insufflations/min.
- Ces mesures maintiennent une oxygénation adéquate et réduisent la pression intracrânienne.

Étape 2

- Stabilisez le client sur une planche dorsale.
- Immobilisez le cou à l'aide d'un collet semi-rigide et d'un dispositif rembourré servant à immobiliser la tête.
- Installez le client en position verticale pour lui donner des soins, sauf en cas de contre-indications (p. ex. en cas d'état de choc ou de blessure au dos).
- Évitez d'installer un collet cervical serré (toute pression sur les veines jugulaires externes augmente la pression intracrânienne).

Étape 3

- Consignez les observations de base.
- Consignez la tension artérielle, la respiration, la sensibilité et l'activité motrice volontaire; notez si les pupilles sont égales et rondes et si la réaction et l'accommodation sont normales.

Étape 4

- Procédez à des évaluations sériées à l'aide de l'échelle de coma de Glasgow.

Étape 5

- Surveillez et consignez souvent les observations susmentionnées.

Étape 6

- Amorcez un traitement IV pour garder les veines ouvertes, sauf si le client est hypotendu.
- En général, restreignez l'administration de liquides chez les clients qui ont subi un traumatisme fermé à la tête.
- Maintenez un débit cardiaque normal.
- Soupçonnez une hémorragie ou un traumatisme à la colonne vertébrale si le patient est hypotendu (*Voir la section « État de choc » plus loin dans ce chapitre*).

Étape 7

- Mettez en place une sonde de Foley si le client est inconscient.
- Surveillez le débit urinaire toutes les heures.

Étape 8

- Consultez un médecin dès que possible.

Étape 9

- Procédez à l'évacuation médicale dès que possible.
- Passez en revue les précautions recommandées pour le transport aérien d'une personne ayant un traumatisme crânien (*Voir le guide Soins du malade à bord d'un avion* [Direction générale des services médicaux, 1985]).

Élévation de la pression intracrânienne

- Surélevez la tête du lit de 30 degrés.
- Hyperventilez le client, comme il est indiqué plus haut.
- Vous pouvez administrer des diurétiques comme le mannitol (sur ordonnance du médecin) pour réduire l'œdème cérébral dans les cas de blessure crânienne grave.

  mannitol (**médicament de classe B**), 1 g/kg IV pendant 20 minutes pour provoquer une diurèse osmotique (cette mesure est controversée s'il n'y a pas d'hernie).

TRAUMATISME À LA COLONNE CERVICALE ET À LA MOELLE ÉPINIÈRE

DESCRIPTION

Traumatisme à la colonne cervicale

Jusqu'à 3 % des traumatisés présentent une lésion de la colonne cervicale; cette proportion passe à 10 % chez les personnes ayant subi une blessure crânienne importante.

Si l'on soupçonne un traumatisme à la colonne vertébrale, il faut tout d'abord stabiliser la colonne vertébrale et prévenir d'autres lésions neurologiques.

Traumatisme à la moelle épinière

Déterminez s'il y a paralysie ou d'autres signes de lésion de la moelle épinière, notamment le priapisme, la rétention urinaire, l'incontinence fécale, l'iléus paralytique ou la perte immédiate de toute sensation et d'activité réflexe en aval de la blessure.

CAUSES

- Accident d'automobile
- Chute
- Sport
- Acte de violence

SYMPTOMATOLOGIE

Indices

- Traumatisme fermé au-dessus des clavicules
- Accident de plongée
- Accident d'automobile ou de bicyclette
- Chute
- Blessure à l'arme blanche ou présence d'objets logés dans la peau près de la colonne vertébrale
- Fusillade ou blessure au torse liée à une explosion
- Symptômes de douleur au cou ou au dos, engourdissement ou picotements dans les membres, faiblesse ou paralysie des membres

OBSERVATIONS

- Tachycardie
- Tachypnée
- S'il y a état de choc, la tension artérielle peut être basse.
- S'il y a état de choc, la saturation en oxygène peut diminuer (oxymètre de pouls).
- Sensibilité à la palpation ou à la mobilisation de la colonne vertébrale
- Déformations évidentes du dos ou de la colonne vertébrale
- Perte de sensation
- Faiblesse ou flaccidité des groupes musculaires
- Perte de contrôle de la vessie ou de l'intestin
- Priapisme (érection prolongée du pénis)
- Le choc spinal neurogène entraîne une instabilité vasomotrice à cause de la perte de tonus autonome et peut provoquer de l'hypotension ou une instabilité de la température.
- Le client peut souffrir d'hypoxie ou d'hypoventilation si la fracture ou la compression survient au-dessus de la vertèbre C5.

Le « choc spinal » est une entité neurologique distincte qui fait suite à une lésion de la moelle épinière; il s'accompagne d'une paralysie flasque et le client met, en général, quelques heures ou quelques semaines à se rétablir. Il survient souvent chez les enfants en l'absence de fractures associées de la colonne cervicale.

COMPLICATIONS

- Paralysie permanente
- Arrêt respiratoire
- Choc spinal
- Décès

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Stabiliser la colonne vertébrale
- Prévenir d'autres blessures
- Prévenir les complications

Traitement initial

- Évaluez et stabilisez l'ABC.
- Il faut soigner d'abord les blessures qui peuvent être fatales associées aux lésions de la colonne vertébrale mais veiller à ce que les manœuvres effectuées ne lèsent pas la colonne vertébrale.
- Si le client a subi un traumatisme pénétrant au cou, ne retirez pas le corps étranger.
- Immobilisez le cou en position naturelle et assujettissez le thorax afin de bien immobiliser la colonne cervicale (les sacs de sable sont à déconseiller, car ils peuvent tomber sur le cou et causer d'autres blessures si vous transférez le client sur une planche dorsale par la suite; ayez plutôt recours à des appuis roulés mous installés de chaque côté de la tête, p.ex. des couvertures roulées).

Stabilisation de la colonne cervicale

- Il faut toujours installer les polytraumatisés sur une planche dorsale et immobiliser leur colonne cervicale.
- Il n'y a pas de consensus jusqu'ici sur la meilleure méthode d'immobilisation de la colonne cervicale : les collets cervicaux souples restreignent les mouvements du cou d'au plus 30 % et ne sont d'aucun secours pour les victimes de traumatismes, tandis que les collets rigides restreignent les mouvements d'au plus 80 %.
- Il n'y a pas de collet cervical parfait, mais quel que soit celui que vous choisissiez, il doit être léger, facile à mettre en place et propre à assurer une immobilisation cervicale ferme; il doit en outre permettre un accès rapide à la face antérieure du cou si l'abord chirurgical des voies respiratoires s'avérait nécessaire.
- Le meilleur collet ne peut être utile que s'il est de la bonne taille; il faut donc l'ajuster correctement.
- Pour compléter l'immobilisation de la colonne cervicale, il faut assujettir le client à la planche dorsale; il faut installer du ruban adhésif à partir de la planche jusqu'au front, puis de l'autre côté de la planche.
- Il importe de ne pas utiliser la tête comme seul point d'assujettissement, car la colonne cervicale peut alors pivoter quand on déplace la planche dorsale; il faut donc installer aussi des courroies sur les épaules du client.
- Poser du ruban sur le menton pousse la mâchoire vers l'arrière et peut obstruer les voies respiratoires.
- Examinez la relation entre le squelette axial et la planche dorsale : comme chez l'adulte la tête est relativement plus petite que le corps dans l'axe antéropostérieur, il se peut que la colonne cervicale soit en extension si on n'installe pas de rembourrage sous la région occipitale.
- Il faut parfois insérer de 1 à 2 pouces (2,5 à 5 cm) de rembourrage sous la tête des adultes et des grands enfants pour les installer à peu près en position naturelle.

Une immobilisation prolongée (même de moins de 30 minutes) sur une planche dorsale cause une céphalée occipitale et une douleur dans la région lombo-sacrée chez la plupart des gens, quels que soient les traumatismes qu'ils ont subis.

Traitement adjuvant

- Administrez de l'oxygène au masque à raison de 10-12 l/min; maintenez la saturation en oxygène > 97 % ou 98 %.
- Amorcez le traitement IV avec du soluté physiologique pour garder la veine ouverte, sauf s'il y a des signes d'état de choc *(Voir, dans ce cas, la section « État de choc » plus loin)*.

Interventions non pharmacologiques

- N'administrez rien par la bouche.
- Introduisez une sonde naso-gastrique sauf si vous soupçonnez une fracture associée de la base du crâne ou un traumatisme facial.
- Mettez en place une sonde de Foley.

Interventions pharmacologiques

Aucune

Surveillance et suivi

Surveillez souvent l'ABC, les signes vitaux, la saturation en oxygène (si possible), l'état de conscience, l'état respiratoire et les déficits sensori-moteurs.

Consultation

Consultez un médecin dès que possible, une fois que l'état du client s'est stabilisé.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale dès que possible.

VOLET COSTAL

DÉFINITION

Segment instable de la paroi thoracique.

CAUSES

Traumatisme de la paroi thoracique entraînant la fracture d'au moins trois côtes adjacentes à au moins deux endroits. Il en découle qu'un segment de la paroi thoracique n'est pas en continuité avec le thorax. Un volet costal latéral ou antérieur (disjonction sternale) peut survenir. Le plastron flottant se meut en sens inverse du reste de la paroi thoracique.

La force nécessaire pour engendrer cette blessure cause également des contusions aux tissus pulmonaires sous-jacents, et ces contusions contribuent à l'hypoxie. Le client court un risque élevé de pneumothorax ou d'hémothorax (ou les deux) et peut présenter une grande détresse respiratoire. Examinez aussi la possibilité de contusions cardiaques et de tamponnade s'il y a eu des traumatismes à la paroi thoracique antérieure.

SYMPTOMATOLOGIE

- Polytraumatisme (accident d'automobile ou autre accident)
- Douleur intense à la paroi thoracique
- Douleur aggravée par le mouvement et la respiration
- Essoufflement

OBSERVATIONS

Les observations varient selon la gravité de l'atteinte des tissus pulmonaires sous-jacents et la présence de blessures associées.

- Effectuez un examen primaire (*Voir la section « Examen primaire » plus haut dans ce chapitre*).
- Procédez à des interventions d'urgence au besoin.
- Effectuez un examen secondaire (*Voir la section « Examen secondaire » plus haut dans ce chapitre*).

Signes vitaux

- Fréquence cardiaque accélérée
- Respiration rapide, superficielle
- Tension artérielle plus basse ou normale
- Saturation en oxygène, si possible

Inspection

- Détresse respiratoire aiguë
- Transpiration
- Cyanose possible
- Contusions de la paroi thoracique
- Mouvement anormal (paradoxal) de la paroi thoracique facilement observable chez le client inconscient et moins apparent chez le client conscient

Palpation

- Sensibilité dans la région atteinte
- Des crépitations peuvent être palpables.
- Un mouvement anormal de la paroi thoracique peut être palpable.

Percussion

- Hypersonorité (s'il y a un pneumothorax)
- Bruit sourd (s'il y a un hémothorax ou des contusions pulmonaires)

Auscultation

- Entrée d'air réduite dans la région atteinte
- Il peut y avoir des crépitations.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Contusions de la paroi thoracique
- Fractures fermées aux côtes

COMPLICATIONS

- Ventilation insuffisante
- Hypoxie
- Hypovolémie
- Pneumothorax
- Hémothorax
- Contusions pulmonaires
- Contusions myocardiques
- Tamponnade cardiaque

TRAITEMENT

Objectifs

- Vérifier si les voies respiratoires sont libres
- Améliorer l'oxygénation
- Remplacer le sang perdu
- Déceler et traiter les blessures associées

Consultation

Consultez un médecin dès que l'état du client s'est stabilisé et que les dangers sont écartés.

Interventions non pharmacologiques

L'ABC est à surveiller en priorité.

- Surveillez les voies respiratoires.
- Assurez une ventilation adéquate.
- Protégez la colonne cervicale.
- Atténuez la douleur en plaçant doucement un oreiller sur le thorax en guise d'attelle.
- Posez l'attelle en douceur.

Supposez toujours que le client qui a une lésion traumatique au-dessus de la clavicule a une fracture de la colonne cervicale.

Traitement adjuvant

- Administrez de l'oxygène au masque à raison de 10-12 l/min.
- Pratiquez une perfusion avec un soluté physiologique en mettant en place deux intraveineuses de gros calibre (aiguilles de calibre 16 ou plus grosses).
- Remplacez le sang perdu.
- Rajustez le débit de perfusion selon la fréquence cardiaque du patient, sa tension artérielle et sa réponse au traitement.

Pour de plus amples détails, voir la section « État de choc » plus loin dans ce chapitre.

Surveillance et suivi

- Surveillez souvent l'état mental, les signes vitaux, la saturation en oxygène (oxymètre de pouls) et les bruits du cœur et du poumon.
- La confusion et l'agitation peuvent être des signes d'hypoxie.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale dès que possible.

FRACTURE DU BASSIN

DÉFINITION

Rupture de la structure osseuse du bassin.

CAUSES

Il faut habituellement une force importante, par exemple un accident d'automobile ou une chute d'une grande hauteur, pour causer une telle fracture.

- Collisions de véhicules automobiles : 50 % à 60 % des cas
- Piétons heurtés par une voiture : 10 % à 20 % des cas
- Chutes : 8 % à 10 % des cas
- Lésions par écrasement : 3 % à 6 % des cas

Le bassin comprend l'ilion (ou crêtes iliaques), l'ischion et le pubis, qui forment un anneau anatomique avec le sacrum. Il faut une force importante pour rompre cet anneau. Les forces en jeu font en sorte que les fractures du bassin s'accompagnent souvent de lésions aux organes sous-jacents. De plus, comme le bassin est doté d'un riche plexus veineux et de grosses artères, une fracture dans cette région peut causer des saignements importants.

Le taux de complications liées aux lésions aux organes sous-jacents et aux hémorragies est important. Comme la plupart des fractures du bassin résultent nécessairement de l'application d'une force énorme, elles s'accompagnent souvent de blessures graves concomitantes, qui sont associées à des taux de morbidité et de mortalité élevés.

Dans les cas où il y avait hypotension au moment de l'examen, le taux de mortalité avoisine les 50 %. Dans les cas de fracture ouverte, le taux de mortalité atteint 30 %.

Le taux de mortalité global est d'environ 10 % chez les adultes et 5 % chez les enfants. Moins de la moitié des décès survenus à la suite de fractures du bassin sont directement attribuables à une hémorragie pelvienne. L'hémorragie rétropéritonéale et l'infection secondaire sont les principales causes de décès.

SYMPTOMATOLOGIE

Envisagez immédiatement une fracture du bassin dans les cas de traumatisme fermé important.

- Douleur
- Perte de fonction
- Symptômes de l'état de choc

Rappelez-vous que la force nécessaire pour causer une fracture du bassin a probablement causé d'autres lésions importantes. Recherchez d'autres blessures à l'intérieur de l'abdomen et du bassin.

OBSERVATIONS

- Sensibilité du bassin palpable en exerçant des pressions sur le bassin, c'est-à-dire en comprimant et en distractant doucement les crêtes iliaques.
- Instabilité du bassin palpable en comprimant et en distractant les crêtes iliaques avec les deux mains (il importe de procéder très doucement lorsque l'on évalue la sensibilité du bassin; ne secouez pas le bassin et n'appliquez pas une grande force tant que des fractures du bassin instables sur le plan squelettique n'ont pas été exclues à la radiographie, car un examen trop brusque risque d'accentuer l'hémorragie).
- Instabilité de la hanche à l'adduction (une douleur liée à tout mouvement de la hanche évoque une fracture acétabulaire en plus d'une fracture de la hanche).
- Signes de blessure urétrale chez l'homme, p. ex. hématome scrotal ou sang dans le méat urinaire
- Saignement vaginal chez la femme
- Hématurie
- Saignement rectal ou signe d'Earle, c'est-à-dire un hématome important ou une ligne de fracture au toucher rectal (effectué avec soin)
- Signe de Destot, c'est-à-dire un hématome au-dessus du ligament inguinal, sur la partie proximale de la cuisse ou sur le périnée
- Signe de Grey-Turner, c'est-à-dire une coloration bleutée des flancs (associée à un saignement rétropéritonéal)
- Signe de Roux, dans lequel la distance mesurée entre le grand trochanter et la symphyse pubienne est plus petite d'un côté que de l'autre (indiquant une fracture prédominante de l'anneau pelvien antérieur)
- Déficits neurovasculaires des membres inférieurs

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Luxation ou fracture de la hanche
- Fracture du fémur

COMPLICATIONS

- Saignement continu causé par la fracture ou par une blessure du système vasculaire pelvien
- État de choc
- Problèmes génito-urinaires causés par des lésions à la vessie, à l'urètre, à la prostate ou au vagin
- Infections causées par la rupture de l'intestin ou de l'appareil urinaire
- Thrombose veineuse profonde
- Décès

Une fracture du bassin risque davantage d'entraîner des complications chez une femme qui en est aux derniers stades de la grossesse à cause du risque élevé de décollement placentaire et de rupture de l'utérus.

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Obtenez un échantillon d'urine pour fin d'analyse (déterminez s'il y a hématurie macroscopique ou microscopique).

TRAITEMENT

Objectifs

- Stabiliser la fracture
- Prévenir et traiter les complications

Consultation

Consultez un médecin dès que possible si vous soupçonnez ou diagnostiquez une fracture du bassin. Dans le cas des clients dont l'état hémodynamique est instable (et qui ont des fractures instables du bassin), il faut consulter un orthopédiste d'urgence pour qu'il étudie la possibilité d'une fixation externe.

Interventions non pharmacologiques

- L'évaluation et la stabilisation des points ABC ont la priorité (*Voir la section « Évaluation des urgences et traitement des traumatismes majeurs » plus haut dans ce chapitre).*
- Traitez les affections aiguës pouvant être fatales.
- Évitez de trop bouger le bassin.

Ne mettez pas en place de sonde urinaire tant que vous n'avez pas écarté la possibilité d'une blessure à l'urètre (à la suite d'un examen physique).

Traitement adjuvant

- Mettez en place une tubulure de gros calibre et administrez du soluté physiologique au besoin (*Voir la section « État de choc » plus haut dans ce chapitre*).
- Administrez de l'oxygène au masque à raison de 10-12 l/min; maintenez la saturation en oxygène > 97 % ou 98 %.

Interventions pharmacologiques

Traitez la douleur au moyen d'analgésiques morphiniques :

méperidine (Demerol) (**médicament de classe D**), 75-100 mg IM

Surveillance et suivi

- Surveillez étroitement les signes vitaux et la saturation en oxygène (oxymétrie de pouls).
- Surveillez les signes de perte sanguine continue et d'infection chez le client.
- Surveillezl'apparition de problèmes neurovasculaires dans les membres inférieurs.

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Procédez à l'évacuation médicale.
- Assurez la stabilisation hémodynamique et transférez le patient sur une planche dorsale.

URGENCES GÉNÉRALES

CHOC ANAPHYLACTIQUE

DÉFINITION

Réaction allergique rare et susceptible d'être fatale. Les symptômes apparaissent en quelques minutes; ils peuvent toucher plusieurs systèmes et appareils de l'organisme (p. ex. la peau, l'appareil respiratoire, l'appareil circulatoire) et provoquer, dans les cas graves, une perte de conscience tardive. La perte de conscience est rarement la seule manifestation du choc anaphylactique.

Il faut distinguer le choc anaphylactique de l'évanouissement (syncope vaso-vagale), beaucoup plus courante et bénigne. C'est la rapidité d'apparition du syndrome qui fait toute la différence. Une personne qui s'évanouit passe de l'état normal à l'inconscience en quelques secondes. Pour la réanimer, il suffit de l'installer en position allongée. L'évanouissement s'accompagne parfois d'une activité convulsive clonique, qui n'exige toutefois aucun traitement ni examen complémentaire particulier.

CAUSES

- Vaccins
- Injection de médicaments ou drogues
- Piqûres d'insecte (p. ex. abeille)
- Médicaments (p. ex. pénicilline)
- Aliments
- Latex

SYMPTOMATOLOGIE

Le choc anaphylactique débute généralement quelques minutes après l'injection ou l'ingestion de la substance en cause et est généralement manifeste dans les 15 minutes qui suivent. Voici quelques-uns des symptômes possibles :

- Éternuements
- Toux
- Prurit
- Picotements cutanés
- Rougissement de la peau
- Œdème facial (urticaire péribuccale, buccale ou périorbitale)
- Anxiété
- Nausées, vomissements
- Apparition rapide de difficultés respiratoires (p. ex. respiration sifflante, dyspnée, oppression thoracique)
- Palpitations
- Hypotension pouvant mener à l'état de choc et au collapsus

Le collapsus cardiovasculaire peut survenir sans que des symptômes respiratoires ne soient présents.

Réaction grave

- Détresse respiratoire grave (obstruction des voies respiratoires inférieures caractérisée par une respiration sifflante à tonalité aiguë, obstruction des voies respiratoires supérieures caractérisée par un stridor)
- Difficulté à parler
- Difficulté à avaler
- Agitation
- État de choc
- Perte de conscience

OBSERVATIONS

- Tachycardie
- Tachypnée, respiration difficile
- Tension artérielle normale-faible (le client est hypotendu s'il est en état de choc).
- L'oxymètre de pouls peut indiquer qu'il y a hypoxie.
- Détresse modérée ou grave
- Utilisation des muscles accessoires de la respiration
- Thorax : entrée d'air réduite, respiration sifflante modérée ou sévère
- Rougeur, diaphorèse
- Urticaire généralisée
- Œdème facial
- Diminution du degré de conscience
- Peau moite et froide

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Asthme
- Aspiration de corps étrangers
- Œdème de Quincke
- Embolie pulmonaire
- Syncope vaso-vagale (évanouissement)

COMPLICATIONS

- Hypoxie
- État de choc
- Obstruction des voies respiratoires causée par l'œdème des voies respiratoires supérieures
- Convulsions
- Aspiration
- Décès

TESTS DIAGNOSTIQUES

Aucun

TRAITEMENT

Objectifs

- Améliorer l'oxygénation
- Atténuer les symptômes
- Prévenir les complications
- Prévenir les récidives

Il est vital de reconnaître et de traiter rapidement un choc anaphylactique.

Interventions non pharmacologiques

- Installez le client en position allongée (élevez-lui les pieds, si possible).
- Rétablissez la perméabilité des voies respiratoires au besoin.
- Si le choc anaphylactique a été causé par une substance injectée, installez un garrot (si possible) au-dessus du point d'injection; desserrez le garrot pendant 1 minute toutes les 3 minutes.

Traitement adjuvant

Choc anaphylactique grave

- Administrez de l'oxygène au masque à raison de 6-10 l/min ou plus; maintenez la saturation en oxygène > 97 % ou 98 %.
- Amorcez le traitement IV avec du soluté physiologique pour garder une veine ouverte, sauf si le client a un choc anaphylactique grave et présente des signes d'état de choc (*Voir les détails de la réanimation liquidienne des patients en état de choc dans la section « État de choc » plus loin dans ce chapitre*).

Interventions pharmacologiques

Administrez rapidement :

épinéphrine en solution aqueuse (**médicament de classe D**), 1:1000, 0,01 ml/kg (dose maximale 0,5 ml) SC ou IM (dans le membre opposé à celui dans lequel l'injection initiale a été faite, si le choc anaphylactique a été causé par une substance injectée)

L'injection SC d'épinéphrine convient aux cas bénins ou à ceux qui sont traités rapidement. Une seule injection SC suffit, en général, dans ces cas.

Dans les cas graves, il faut donner une injection IM, qui permet une distribution générale plus rapide du médicament.

On peut administrer deux nouvelles doses d'épinéphrine à des intervalles de 20 minutes, au besoin. Si la réaction est grave, il peut être nécessaire de raccourcir l'intervalle entre les doses (10-15 minutes).

Si le choc anaphylactique a été causé par l'administration sous-cutanée d'un vaccin, on peut injecter une dose supplémentaire de 0,005 ml/kg (dose maximale 0,3 ml) d'épinéphrine en solution aqueuse (1:1000) au point de vaccination pour ralentir l'absorption du vaccin. Mais si le vaccin a été administré par voie intramusculaire, il ne faut pas procéder à une injection locale d'épinéphrine au point de vaccination, car elle dilatera les vaisseaux et *accélérera* l'absorption.

Il est primordial d'intervenir rapidement. Il est plus dangereux de tarder à administrer l'épinéphrine que d'en administrer rapidement mais de façon inadéquate.

Dose d'épinéphrine

Il faut établir avec soin la dose d'épinéphrine à administrer. Il vaut mieux la calculer selon le poids corporel s'il est connu. Dans le cas contraire, on peut établir la dose d'épinéphrine (1:1000) approximativement d'après l'âge du patient (tableau 2).

Une dose excessive d'épinéphrine peut augmenter la détresse du patient en causant des palpitations, de la tachycardie, des rougeurs et des céphalées. Ces effets secondaires sont désagréables, mais peu dangereux. Des dysrythmies cardiaques peuvent survenir chez des adultes âgés, mais elles sont rares chez les enfants et les jeunes adultes en bonne santé.

Tableau 2 : Dose d'épinéphrine selon l'âge

Âge	Dose
2-6 mois*	0,07 ml (0,07 mg)
12 mois*	0,1 ml (0,1 mg)
18 mois* à 4 ans	0,15 ml (0,15 mg)
5 ans	0,2 ml (0,2 mg)
6-9 ans	0,3 ml (0,3 mg)
10-13 ans	0,4 ml (0,4 mg)
≥ 14 ans	0,5 ml (0,5 mg)

* Il faut calculer les doses pour les bébés de 6 à 12 mois et de 12 à 18 mois de façon approximative (en choisissant une dose intermédiaire entre les valeurs indiquées ou en passant à la dose immédiatement plus élevée, selon ce qui est le plus pratique).

Source : *Guide canadien d'immunisation,* 5e éd. (Santé Canada, 1998)

Choc anaphylactique grave

Administrez ce médicament en plus de l'épinéphrine :

chlorhydrate de diphénhydramine (Benadryl) (**médicament de classe A**)

Ce médicament doit être réservé aux clients qui ne répondent pas bien à l'épinéphrine. Il peut aussi être utilisé pour prévenir la réapparition des symptômes chez ceux qui y ont répondu (l'épinéphrine étant un agent à courte durée d'action), surtout si le transfert à un centre de soins actifs ne peut se faire dans un délai de 30 minutes.

Il faut privilégier l'administration de diphénhydramine par voie orale si le client est conscient et s'il n'est pas gravement malade, car l'administration du médicament par voie intramusculaire cause de la douleur. Ce médicament ayant une marge d'innocuité élevée, il est moins important d'en établir le dosage avec précision.

Le tableau 3 présente les doses approximatives de diphénhydramine à injecter (solution de 50 mg/ml).

Tableau 3 : Dose de diphénhydramine selon l'âge

Âge	Dose
< 2 ans	0,25 ml (12,5 mg)
2-4 ans	0,5 ml (25 mg)
5-11 ans	1,0 ml (50 mg)
≥ 12 ans	2,0 ml (100 mg)

Source : *Guide canadien d'immunisation,* 5e éd. (Santé Canada, 1998)

Pour le bronchospasme

salbutamol (Ventolin) (**médicament de classe D**), 4-8 inhalations toutes les 15-20 min (trois fois) au moyen de l'aérosol-doseur (maximum de 20 bouffées, sinon des effets secondaires intolérables se développeront).

Surveillance et suivi

Choc anaphylactique grave

Surveillez souvent les voies respiratoires, la respiration et la circulation (l'ABC), les signes vitaux et l'état cardiorespiratoire.

Consultation

Choc anaphylactique grave

Consultez un médecin dès que l'état du client se sera stabilisé; discutez de la possibilité d'administrer des stéroïdes par voie IV.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale dès que possible. Dans tous les cas sauf les plus bénins, les victimes de choc anaphylactique doivent être hospitalisées pour la nuit ou être surveillées pendant au moins 12 heures.

Comme le choc anaphylactique est rare, il faut vérifier régulièrement les flacons d'épinéphrine et les autres fournitures d'urgence et les remplacer s'ils sont périmés.

ÉTAT DE CHOC

DÉFINITION

Trouble qui survient lorsque la perfusion des tissus par l'oxygène est insuffisante. Les cellules de l'organisme subissent alors un choc, et de graves modifications cellulaires se produisent. La mort des cellules peut s'ensuivre.

On caractérise l'état de choc de plusieurs façons, notamment selon la progression physiologique du trouble :

– *Choc compensé :* La perfusion des organes vitaux est maintenue grâce à des mécanismes de compensation endogènes.
– *Choc décompensé :* Les mécanismes de compensation sont dépassés; on observe une hypotension et une altération de la perfusion des tissus.
– *Choc irréversible :* Insuffisance terminale de nombreux organes suivie du décès, malgré une reprise de la fonction cardiorespiratoire spontanée dans certains cas.

La tension artérielle est souvent maintenue par des mécanismes de compensation vasoconstricteurs jusqu'à une étape très avancée de l'état de choc. Il ne faut pas trop se fier aux lectures de la tension artérielle, sinon on risque de ne pas reconnaître et traiter à temps l'état de choc.

TYPES D'ÉTAT DE CHOC

– *État de choc hypovolémique :* dû à une perfusion insuffisante des organes vitaux causée par la réduction de la masse sanguine
– *État de choc cardiogénique :* dû à l'incapacité du cœur de pomper du sang vers les tissus (réduction du débit cardiaque), comme dans l'insuffisance cardiaque
– *État de choc consécutif à une répartition inadéquate du débit sanguin :* dû à une vasodilatation massive causée par la perturbation du système nerveux sympathique ou les effets de l'histamine ou de toxines comme dans le choc anaphylactique, le choc septique, une lésion neurologique, une lésion de la moelle épinière, une intoxication par certains médicaments (p. ex. antidépresseurs tricycliques, fer)
– *État de choc consécutif à une obstruction mécanique :* dû à une obstruction du remplissage ventriculaire, causée, par exemple, par une tamponnade péricardique ou un pneumothorax suffocant
– *État de choc lié à la dissociation de l'hémoglobine :* l'hémoglobine ne libère pas d'oxygène pour les cellules (comme dans l'empoisonnement au monoxyde de carbone)
– *État de choc hypoxémique :* dû à une insuffisance respiratoire causée par une lésion au poumon ou par l'obstruction ou la perturbation des voies respiratoires
– *État de choc consécutif à une diminution de la masse sanguine (hypovolémie absolue):* dû à une hémorragie ou à une autre perte importante de liquides organiques
– *État de choc consécutif à une augmentation du lit vasculaire (hypovolémie relative) :* dû à une blessure à la colonne vertébrale, à une syncope, à un traumatisme crânien grave ou à une lésion vasomotrice découlant de l'hypoxie

SYMPTOMATOLOGIE

– Nausées
– Étourdissements, lipothymie
– Soif
– Perte de conscience

Les autres symptômes observés dépendent de la cause sous-jacente.

OBSERVATIONS

Rappelez-vous que l'ABC (voies respiratoires, respiration et circulation) est à surveiller en priorité.

Les observations varient selon que le client est en état de choc précoce ou tardif.

État de choc précoce

La perte d'environ 15% à 25 % du volume sanguin suffit à provoquer un état de choc précoce.

– Tachycardie (légère ou modérée)
– Tension artérielle normale
– Hypotension orthostatique
– Diminution de la tension différentielle
– Pâleur
– Soif
– Transpiration profuse
– Allongement possible du temps de remplissage capillaire
– Anxiété, agitation

État de choc tardif

Causé par la perte de 30 % à 45 % de la masse sanguine

- Hypotension
- Tachycardie plus prononcée
- Pouls faible et filiforme
- Baisse de la saturation en oxygène

La tachycardie est l'un des premiers indicateurs de la déperdition volémique. Elle n'est pas toujours aussi apparente chez les personnes âgées que chez les plus jeunes. La tachycardie peut être légère chez les clients qui prennent certains médicaments (p.ex. bêtabloquants, inhibiteurs calciques).

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Septicémie
- Infarctus du myocarde
- Embolie pulmonaire
- Choc anaphylactique
- État de mal asthmatique

COMPLICATIONS

- Angine
- Ischémie ou infarctus du myocarde
- Insuffisance rénale
- Décès

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Oxymétrie de pouls (saturation en oxygène)

TRAITEMENT

Rappelez-vous que l'ABC (voies respiratoires, respiration et circulation) a la priorité.

Objectifs

- Rétablir la masse sanguine
- Améliorer l'oxygénation des tissus vitaux
- Prévenir les pertes de masse sanguine continues

Interventions non pharmacologiques

- Évaluez et stabilisez l'ABC.
- Veillez à ce que les voies respiratoires soient libres et que la ventilation soit adéquate.
- Introduisez une canule oropharyngée et ventilez (avec de l'oxygène) à l'aide d'un ballon Ambu, au besoin.
- Enrayez tout saignement externe; exercez une pression directement sur la plaie pour arrêter le saignement de blessures externes.
- Surélevez les pieds du patient.

Traitement adjuvant

- Administrez de l'oxygène au masque à raison de 10-12 l/min ou plus; maintenez la saturation en oxygène > 97 % ou 98 %.
- Pratiquez une perfusion avec du soluté physiologique en mettant en place deux intraveineuses de gros calibre (aiguilles de calibre 14 ou 16 ou plus grosses).
- Administrez 20 ml/kg de liquides rapidement en bolus IV pendant 15 minutes.
- Vérifiez pour voir si l'état de choc persiste.
- Si c'est le cas, continuez à administrer des liquides en bolus à raison de 20 ml/kg et réévaluez la situation après chaque bolus.
- Rajustez le débit de perfusion selon la réponse au traitement.
- La poursuite du traitement intraveineux dépend de la réponse à la réanimation liquidienne initiale, de la persistance des pertes et de la cause sous-jacente.
- Visez une fréquence cardiaque < 100 puls/min et une TA systolique > 90 mm Hg.

La quantité de liquide requise pour la réanimation est difficile à prévoir au moment de l'évaluation initiale.

Prudence dans les cas d'hémorragie interne

L'administration par voie IV d'une grande quantité de liquides à un client souffrant d'une hémorragie interne non contrôlée à la suite d'un traumatisme fermé ou d'un traumatisme par pénétration peut augmenter le saignement interne et entraîner la mort. L'administration IV de liquides parallèlement à l'augmentation de la tension artérielle a aussi pour effet de diluer les facteurs de coagulation et d'intensifier l'hémorragie. Administrez suffisamment de liquides pour maintenir la perfusion périphérique. Il est très important, dans une situation de ce genre, de procéder rapidement à une transfusion sanguine et à une intervention chirurgicale afin de rétablir l'homéostasie.

Après la réanimation initiale

- Mettez en place une sonde urinaire à demeure.
- Introduisez une sonde naso-gastrique au besoin.

Surveillance et suivi

- Surveillez l'ABC, les signes vitaux (notamment par l'oxymétrie de pouls) et l'état de conscience aussi souvent que possible jusqu'à ce que l'état du patient soit stable.
- Réévaluez la situation fréquemment pour déterminer si les pertes sanguines persistent.
- Surveillez l'apport liquidien horaire et le débit à l'heure.
- Cernez et traitez la cause sous-jacente de l'hypovolémie.
- Évaluez la stabilité des problèmes médicaux préexistants (p.ex. diabète sucré).

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale dès que possible.

COMA (NON ENCORE DIAGNOSTIQUÉ)

DÉFINITION

Altération du degré de conscience dénotant une atteinte diffuse ou bilatérale de la fonction cérébrale ou une défaillance des mécanismes activant le tronc cérébral (ou les deux).

CAUSES

Le coma peut être causé seulement par :

- une atteinte corticale bilatérale
- une atteinte du système réticulaire activateur

Voir la section « Diagnostic différentiel » plus loin dans ce chapitre.

PRISE EN CHARGE INITIALE DU CLIENT ATTEINT D'UN COMA D'ORIGINE INCONNUE

Effectuez un examen primaire (*Voir la section « Examen primaire » plus haut dans ce chapitre*).

Interventions non pharmacologiques

- Évaluez et stabilisez l'ABC.
- Introduisez une canule oropharyngée.
- Installez le patient en position latérale de sécurité, sauf en cas de contre-indications.
- Vérifiez la glycémie.

Traitement adjuvant

- Administrez de l'oxygène au masque à raison de 10-12 l/min; maintenez la saturation en oxygène > 97 % ou 98 %.
- Amorcez le traitement IV pour garder une veine ouverte, sauf si le client présente des signes d'état de choc (*Voir la section « État de choc » plus haut dans ce chapitre*).

Interventions pharmacologiques

Administrez rapidement :

thiamine (Betaxin) (**médicament de classe D**), 100 mg IV (pour prévenir l'encéphalopathie de Wernicke-Korsakoff).

et

dextrose 50 % (**médicament de classe D**), 25-50 ml solution injectable IV en seringue pré-remplie (pour traiter l'hypoglycémie)

N'éliminez pas la dextrose si la thiamine n'est pas disponible. Une seule dose de dextrose ne causera pas l'encéphalopathie de Wernicke-Korsakoff.

Administrez aussi :

naloxone (Narcan) (**médicament de classe D**), 0,4-2,0 mg IV, SC ou IM pour traiter une surdose de stupéfiants (administrez d'abord 2 mg; s'il n'y a pas de réponse dans les 3 à 5 minutes qui suivent, administrez une autre dose de 4 mg).

Prenez soin d'appliquer des mesures de contention au client si vous soupçonnez que le naloxone précipitera le sevrage. L'utilisation courante du naloxone pour des patients qui ne présentent pas de signes d'intoxication par les stupéfiants a été remise en question récemment. Il faut cependant l'envisager dans tous les cas. En cas de doute, discutez-en d'abord avec un médecin.

Une fois que tout danger immédiat pour la vie du patient est écarté, vous pouvez passer à l'examen secondaire (*Voir la section « Examen secondaire » plus haut dans ce chapitre*).

- Prenez les signes vitaux, notamment par l'oxymétrie de pouls (si possible).
- Recueillez une histoire brève et ciblée de la maladie.
- Déterminez, en particulier, si le patient a eu une maladie récente, une fièvre, une éruption cutanée, des vomissements ou un traumatisme ou s'il souffre d'une maladie chronique; demandez s'il a été exposé récemment à une infection, à des médicaments ou à des substances intoxicantes.

Si vous avez le temps, recueillez les antécédents médicaux du patient et de sa famille.

Au cours de l'examen secondaire, vous devez rechercher des signes d'infection occulte, de traumatisme, d'intoxication ou de dérèglement du métabolisme. Vous devez aussi être à l'affût des signes de certains toxidromes (*Voir la section « Surdoses, empoisonnements et toxidromes » plus loin dans ce chapitre*).

OBSERVATIONS

Degré de conscience

- Évaluez l'état de conscience à l'aide de l'échelle de coma de Glasgow *(Voir le tableau 1 dans la section « Traumatisme crânien » plus haut dans ce chapitre*).

Schéma respiratoire

- Le contrôle de la respiration est centralisé dans le cerveau, le pont inférieur et le bulbe rachidien, et il est modulé par les centres corticaux du cerveau antérieur.
- Les anomalies respiratoires indiquent un dérèglement du métabolisme ou une atteinte neurologique.
- Il y a plusieurs schémas respiratoires (p. ex. respiration de Cheyne-Stokes, respiration apneustique, apnée post-ventilatoire).

Observations oculaires

Signes pupillaires

- Les pupilles résistent généralement à une atteinte métabolique.
- Rappelez-vous que la dilatation des pupilles peut être secondaire à la prise de médicaments par voie topique ou générale.
- La dilatation des pupilles chez une personne éveillée n'est probablement pas attribuable à une augmentation de la pression intracrânienne et à une hernie.
- La dilatation des pupilles chez un patient inconscient peut révéler une hernie uncinée imminente.
- Si les pupilles sont petites et réagissent à la lumière, il y a généralement un trouble métabolique ou une lésion diencéphalique.
- Une dilatation unilatérale et des pupilles fixes dénotent une lésion du troisième nerf crânien ou une lésion uncinée.
- Un myosis extrême bilatéral indique une lésion pontique.
- Des pupilles fixes au point milieu indiquent une lésion mésencéphalique.
- Des pupilles dilatées et fixes des deux côtés indiquent une lésion tectale.

S'il y a lésion cérébrale, les yeux dévient du côté de la lésion, tandis que s'il y a lésion du tronc cérébral, les yeux dévient du côté opposé.

Environ 5 % de la population normale présente une anisocorie (pupilles asymétriques).

Un bref examen du fond d'œil peut révéler un œdème papillaire ou une hémorragie rétinienne.

Examen de la motricité

- Essayez d'obtenir une réponse motrice à des stimuli verbaux ou physiques.
- Déterminez si le tonus musculaire, la force et les réflexes sont normaux et symétriques.
- La capacité du client de localiser les points de même que l'absence ou la présence d'une posture anormale donnent une idée de la gravité de l'atteinte.
- La rigidité de décortication (flexion des membres supérieurs avec extension des membres inférieurs) dénote une atteinte du cortex cérébral et de la substance blanche sous-corticale.
- La rigidité de décérébration (extension rigide des bras et des jambes) révèle généralement une atteinte plus grave du tronc cérébral au niveau du pont.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le coma sans signes de localisation neurologiques peut être causé par les facteurs suivants :

- un trouble métabolique comme l'hypoglycémie, l'urémie, la maladie d'Addison, l'acidocétose diabétique, l'hypothyroïdie ou une hépatopathie.
- les enfants et les jeunes adultes font souvent de l'hypoglycémie et peuvent sombrer dans le coma après avoir ingéré de l'alcool, notamment du rince-bouche.
- des problèmes respiratoires, notamment l'hypoxie, l'hypercapnie
- une intoxication, causée notamment par les barbituriques, l'alcool, les opiacés, le monoxyde de carbone, les benzodiazépines
- des infections (graves, générales) comme la septicémie, la pneumonie, la fièvre typhoïde
- l'état de choc (choc hypovolémique, cardiogénique, septique, anaphylactique)
- l'épilepsie
- l'encéphalopathie hypertensive
- l'hyperthermie (coup de chaleur), l'hypothermie

Le coma avec irritation méningée mais sans signes de localisation peut être causé par les facteurs suivants :

- la méningite
- l'hémorragie sous-arachnoïdienne causée par une rupture d'anévrisme, une malformation artérioveineuse

Le coma avec signes focaux du tronc cérébral ou avec signes de latéralisation peut être causé par :

- une hémorragie pontique
- un accident vasculaire cérébral (AVC)
- un abcès cérébral
- une hémorragie sous-durale ou épidurale

Le coma dans lequel le client semble éveillé mais ne répond pas peut être causé par :

- un état aboulique : comme la fonction du lobe frontal est déprimée, le client peut mettre plusieurs minutes à répondre à une question.
- le *locked-in* syndrome : destruction des voies motrices pontiques, le client peut regarder vers le haut.
- un état psychogène : le client ne répond pas.

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Mesurer la glycémie

TRAITEMENT

Interventions non pharmacologiques

- N'administrez rien par la bouche.
- Introduisez une sonde naso-gastrique sauf si vous soupçonnez une fracture associée de la base du crâne ou un traumatisme facial.
- Mettez en place une sonde de Foley.

Interventions pharmacologiques

Si vous soupçonnez une méningite, n'écartez pas le recours aux antibiotiques. Commencez à les prescrire avant l'arrivée à l'hôpital. Discutez de la question avec un médecin, si possible. Sinon, administrez :

ampicilline (Ampicin) (**médicament de classe D**), 1-2 g IV immédiatement

ou

ceftriaxone (Rocephin) (**médicament de classe D**), 1-2 g IV immédiatement

Surveillance et suivi

Surveillez souvent l'ABC, les signes vitaux, la saturation en oxygène (oxymétrie de pouls), l'état de conscience, l'état respiratoire et les déficits sensori-moteurs.

Consultation

Consultez un médecin dès que possible, une fois que l'état du client s'est stabilisé.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale dès que possible.

SURDOSES, EMPOISONNEMENTS ET TOXIDROMES

DÉFINITION

Ingestion d'une substance en quantité suffisante pour provoquer des complexes de symptômes associés à des effets toxiques.

EMPOISONNEMENTS SPÉCIFIQUES ET TOXIDROMES CLINIQUES

Opiacés

- Exemples : héroïne, morphine, clonidine, codéine, diphénoxylate (Lomotil)
- Toxidrome caractérisé par la sédation, l'hypotension, la bradycardie, la dépression respiratoire, généralement le myosis extrême (peut ne pas être présent en cas de surdose mixte)

Produits distillés du pétrole

- Exemples : essence, mazout, colle pour maquette d'avion
- Effet toxique principal : atteinte pulmonaire (causée par l'inhalation)

Antidépresseurs tricycliques

- Effets toxiques principaux: arythmies cardiaques, effets anticholinergiques (*voir plus haut le toxidrome relatif aux empoisonnements par les opiacés*), vomissements, hypotension, confusion et convulsions
- Complications cardiaques : allongement des intervalles QRS et QT, autres arythmies
- Complications neurologiques : agitation, convulsions
- Hypotension : administrez d'abord des liquides par perfusion (*Voir la section « État de choc » plus haut dans ce chapitre*).

Il peut arriver que le client semble aller bien et que son état se détériore rapidement par la suite. Il doit être admis dans une unité surveillée. *Préparez-vous à dégager ses voies respiratoires*. Même s'il est asymptomatique six heures après l'ingestion, il doit être admis à l'hôpital pour un examen psychiatrique.

Salicylates (p. ex. Aspirin)

- Effets toxiques principaux : acouphènes, nausées, vomissements, hyperventilation (alcalose respiratoire primaire), acidose métabolique, fièvre, hypokaliémie, hypoglycémie, convulsions et coma

Bon nombre de patients reçoivent à tort un diagnostic de septicémie ou de gastro-entérite au moment de la première consultation (à cause de la fièvre, de l'acidose, des vomissements et d'autres symptômes). Ces erreurs de diagnostic sont particulièrement fréquentes chez les personnes âgées.

Acétaminophène (Tylenol)

- Effets toxiques principaux : problèmes hépatiques, survenant de 24 à 72 heures après l'ingestion
- Le client peut aussi avoir des nausées et des vomissements.

Agents caustiques

- Exemples : liquides alcalins (nettoyeur de conduits), eau de Javel et acide d'accumulateurs (l'eau de Javel d'usage domestique ne cause généralement pas de problèmes, sauf des brûlures superficielles)
- Effets toxiques principaux : nécrose locale des tissus de l'œsophage, causée par les produits alcalins, et de l'estomac, causée par les acides, et détresse respiratoire; brûlures évidentes au visage ou à la bouche et vomissements; enrouement et stridor causés par un œdème de l'épiglotte (surtout avec les acides)

Monoxyde de carbone

- Effets toxiques principaux : effets sur le système nerveux central, notamment confusion, coma, convulsions, céphalées, fatigue et nausées; arythmie ou ischémie cardiaque possible
- Diagnostic : antécédents cliniques (p. ex. exposition à des gaz d'échappement d'appareil de chauffage et de voiture [surtout chez des enfants ayant voyagé à l'arrière de camionnettes]); il faut vérifier le taux de carboxyhémoglobine.

La saturation en oxygène du sang artériel, mesurée par oxymétrie de pouls, est souvent normale dans les cas d'empoisonnement au monoxyde de carbone.

Cocaïne

- Effets toxiques principaux : convulsions, hypertension, tachycardie, comportement paranoïde ou autres altérations de l'état mental, rhabdomyolyse, infarctus du myocarde et accident vasculaire cérébral (AVC)

ÉVALUATION ET TRAITEMENT : APPROCHE GÉNÉRALE

Rappelez-vous que l'ABC a la priorité.

- N'oubliez pas de décontaminer l'intestin (*Voir la marche à suivre plus loin*), les vêtements, la peau et l'environnement.
- Si le client est inconscient, *voir la section « Coma (non encore diagnostiqué) » plus haut dans ce chapitre*.
- Déterminez du mieux que vous le pouvez la substance ingérée.
- Prélevez un échantillon sanguin chez toutes les victimes d'une surdose pour déterminer le taux d'acétaminophène sérique (*Voir la section « Acétaminophène (Tylenol) » plus haut dans cette section*).
- Communiquez avec le centre antipoisons le plus proche pour obtenir d'autres renseignements sur la toxine en question.

Consultation

Consultez un médecin dès que possible après l'évaluation initiale du patient et la stabilisation des points ABC.

Décontamination de l'intestin

Charbon activé

- Traitement privilégié pour la majorité des surdoses associées à l'ingestion d'une substance
- Peut être indiqué pour une surdose de théophylline, d'antidépresseurs tricycliques, de phénobarbital, de phenytoïne, de digoxine.
- Ne fonctionne pas dans le cas des intoxications par des métaux comme le fer et le lithium.
- Administrez 10-25 g aux enfants, 50-100 g aux adultes (1 g/kg).
- Le sorbitol réduit le transit intestinal mais ne doit être utilisé qu'avec la première dose de charbon activé si plusieurs doses sont prévues.
- Ce mode d'administration est acceptable si le client peut boire le mélange, sinon administrez-le au moyen d'une sonde naso-gastrique.
- Le charbon provoque des vomissements chez 30 % des clients; dans ces cas, il peut alors être administré de nouveau.
- L'administration de plusieurs doses de charbon demeure controversée.

Ipéca

L'ipéca n'est pas très utile. Il ne permet d'évacuer le contenu de l'estomac que partiellement et peut propulser des comprimés au-delà du pylore. À cause du risque d'aspiration, l'ipéca est contre-indiqué dans les cas où la sensibilité est émoussée et où on ne peut protéger les voies respiratoires, dans les cas d'ingestion de matières caustiques ou de produits distillés du pétrole et dans les cas de surdose d'antidépresseurs tricycliques, de théophylline ou de tout agent susceptible d'altérer l'état mental.

L'ipéca inhibe la rétention du charbon et en retarde donc l'administration.

La dose est de 30 ml pour un adulte, avec de l'eau.

Lavage d'estomac

- Il permet de vider davantage l'estomac que l'ipéca.
- Il est sans effet s'il s'est écoulé plus de 1,5 heure depuis l'ingestion, mais on peut l'essayer dans le cas de clients gravement malades.
- Utilisez la sonde naso-gastrique ou orogastrique la plus grosse possible.
- Le lavage d'estomac est le plus efficace si on administre du charbon dans les 20 à 30 minutes qui précèdent; administrez de nouveau du charbon une fois le lavage terminé.
- Il est recommandé de protéger les voies respiratoires (le client doit être pleinement conscient).
- Instillez des aliquots de 300 ml de soluté physiologique dans l'estomac, puis siphonnez le liquide gastrique jusqu'à ce qu'il soit clair ou jusqu'à ce que vous ayez utilisé 5 litres de liquide pour l'irrigation.
- Le lavage à lui seul ne permet pas de vider l'estomac et retarde l'administration du charbon.

TRAITEMENT DE SURDOSES ET TOXIDROMES SPÉCIFIQUES

Opiacés

Utilisez le médicament suivant avec prudence chez les narcomanes, car il peut précipiter un sevrage aigu. Si cette éventualité est à craindre, soutenez les voies respiratoires du patient jusqu'à ce que le narcotique ait été éliminé.

Gardez toujours le client sous surveillance jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de risque de dépression respiratoire. Cette mesure est particulièrement importante en ce qui concerne le naloxone, qui a une demi-vie relativement courte.

naloxone (Narcan) (**médicament de classe D**), 5 µg/kg IV (commencez généralement par 0,4-2 mg pour les adultes); la dose peut être répétée au besoin jusqu'à un maximum de 10 mg

C'est un médicament à courte durée d'action (demi-vie de 1,1 heure).

Les effets des narcotiques peuvent réapparaître une fois que le naloxone cesse de faire effet.

Produits distillés du pétrole

- Ne faites pas de lavage d'estomac et ne provoquez pas de vomissements si le patient a avalé des produits du pétrole.
- S'il n'y a pas eu de symptômes dans les six heures qui suivent, il n'est pas nécessaire de poursuivre l'observation.

Antidépresseurs tricycliques

- Évitez de provoquer des vomissements (risques d'aspiration).
- Le charbon et le lavage d'estomac sont la base du traitement (*Voir la rubrique « Décontamination de l'intestin » plus haut dans cette section*).
- Il peut arriver que le client semble aller bien et que son état se détériore rapidement par la suite.
- Le client doit être admis dans une unité de surveillance.
- Préparez-vous à dégager ses voies respiratoires.
- S'il est asymptomatique six heures après l'ingestion, il doit tout de même être hospitalisé pour un examen psychiatrique.
- Complications cardiaques : allongement des intervalles QRS et QT, autres arythmies
- Complications neurologiques : agitation, convulsions
- Les convulsions sont généralement brèves et spontanément résolutives; traitez-les conformément à la section *« État de mal épileptique » au chapitre 8 « Système nerveux central »*.
- Évitez la phénytoïne.
- En cas d'hypotension, administrez d'abord des liquides par perfusion (*Voir la section « État de choc » plus haut dans ce chapitre*).

Salicylates (p. ex. Aspirin)

- Dose toxique : 150 mg/kg (une dose de 300 mg/kg est très toxique)
- Administrez du soluté physiologique par perfusion afin de maintenir la tension artérielle (*Voir la section « État de choc » plus haut dans ce chapitre*).
- Tentez d'alcaliniser l'urine (pour favoriser l'excrétion des salicylates).

Acétaminophène (Tylenol)

- Dose toxique : 140 mg/kg ou > 10 g chez les adultes (la dose toxique est souvent bien moindre, se réduisant parfois à 4 g/jour, chez les clients alcooliques qui prennent de l'acétaminophène régulièrement)
- Si le client vomit et est incapable de garder le charbon activé, songez à administrer du métoclopramide (Maxeran) (**médicament de classe B**).
- Si la quantité ingérée est dans la gamme toxique, traitez de la façon suivante :

  N-acétylcystéine (Mucomyst) (**médicament de classe D**), 20 %, 140 mg/kg PO ou IV, puis 70 mg/kg toutes les 4 heures pour 17 doses; administrez de nouveau toute dose qui a été vomie dans l'heure suivant l'administration

- Ne renoncez pas à administrer la *N*-acétylcystéine même s'il s'est écoulé de 24 à 26 heures depuis l'ingestion; bien que moins efficace que si elle avait été administrée dès le début, elle réduit la mortalité.
- Le charbon activé peut être administré dans les cas de surdose d'acétaminophène et il nuit très peu à l'action de la *N*-acétylcystéine; le charbon doit être administré dès le début et la *N*-acétylcystéine, au moins 4 heures plus tard.

Matières caustiques

- Ne provoquez pas de vomissements et ne faites pas de lavage d'estomac.
- Le charbon activé n'est pas indiqué.
- Si le client a des brûlures visibles, il y a 50 % de probabilités qu'il ait des blessures plus profondes importantes; l'absence de lésions visibles ne permet pas d'écarter la possibilité de blessures importantes (de 10 % à 30 % des clients ont des brûlures qui vont au-delà de la muqueuse).

Monoxyde de carbone

- Administrez de l'oxygène à 100 % (pour déplacer le monoxyde de carbone de l'hémoglobine).
- Même si le client semble bien se porter ou s'il se remet de l'agression subie par le système nerveux central, il est démontré que l'oxygène hyperbare réduit les séquelles à long terme; transférez-le donc à l'hôpital.

Cocaïne

- Comme la cocaïne a une demi-vie relativement courte, la plupart des symptômes se résorbent d'eux-mêmes.
- L'observation est probablement de mise dans les cas d'angiospasme coronarien, d'hypertension ou de tachycardie à cause de la courte demi-vie de la cocaïne.
- Dans les autres cas, traitez comme un infarctus du myocarde.
- Un infarctus du myocarde ou un AVC peut survenir jusqu'à 72 heures après la consommation de cocaïne.
- L'ingestion concomitante d'alcool augmente les risques d'angiospasme cardiaque.

Les douleurs thoraciques ne pointent pas toujours vers un infarctus du myocarde (p. ex. le pneumomédiastin chez les consommateurs de crack, le bronchospasme).

- Les convulsions se résorbent généralement d'elles-mêmes mais elles répondent à un traitement normal (*Voir la section « État de mal épileptique » au chapitre 8 « Système nerveux central »*).
- Les symptômes du système nerveux central comme l'agitation et la paranoïa peuvent être traités par du diazépam (Valium) ou du lorazépam (Ativan).

Surveillance et suivi

Surveillez souvent l'ABC, l'état de conscience, les signes vitaux, la saturation en oxygène, l'apport liquidien et le débit urinaire jusqu'à ce que l'état du client soit stable.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale dès que possible.

HYPOTHERMIE

DÉFINITION

Température centrale ≤ 35 °C (95 °F).

FACTEURS DE RISQUE

- Dérèglement du système endocrinien ou du métabolisme (p. ex. hypoglycémie)
- Infection (p. ex. méningite, septicémie)
- Intoxication
- Pathologie intracrânienne (p. ex. traumatisme crânien)
- Immersion
- Exposition aux éléments
- Brûlures importantes
- Facteurs iatrogènes (liquides froids administrés par voie IV, exposition au froid pendant le traitement)

SYMPTOMATOLOGIE

L'évaluation et le traitement de l'hypothermie sont essentiellement les mêmes peu importe que le client soit au sec ou mouillé, sur terre ou dans l'eau.

- Au moins un des facteurs de risque susmentionnés
- Il faut examiner avec soin le client souffrant d'hypothermie pour déceler toute blessure ou maladie concomitante.
- Les signes et les symptômes de l'hypothermie peuvent ressembler à ceux d'une surconsommation d'alcool, du diabète sucré, du mal de l'altitude, d'une surdose et d'autres affections; une évaluation approfondie est donc de mise.
- Une maladie ou une blessure grave associée peut exacerber l'hypothermie.

À la vue de la couleur de la peau, de la dilatation des pupilles et de la dépression des signes vitaux, il peut vous sembler vain d'apporter des secours à un client en hypothermie. Mais des personnes souffrant d'hypothermie grave ont été réanimées. Évitez donc de supposer que le client ne peut être réanimé. Faites aussi attention à ce que vous dites pendant les manœuvres. Il n'est par rare que des patients apparemment inconscients se souviennent de ce qui a été dit et fait pendant cette période.

OBSERVATIONS

La température rectale est l'un des signes vitaux à vérifier chez les victimes du froid.

Lorsqu'on parle des « points ABC », il faut y ajouter un D pour les clients en hypothermie :

A pour les voies respiratoires.

B pour la respiration.

C pour la circulation.

D pour les degrés (température centrale du corps).

La température centrale du corps est un signe important chez les victimes du froid. Même s'il est utile de la déterminer pour évaluer et traiter l'hypothermie, les réactions individuelles aux mêmes températures varient énormément.

Évaluation de la température

La température axillaire ou buccale n'est pas un bon indicateur de la température centrale. La température rectale en donne une idée plus juste et se mesure facilement sur le terrain.

Chez les clients qui ont la peau froide, la température doit être prise à l'aide d'un thermomètre avec des graduations basses, c'est-à-dire un thermomètre pouvant mesurer des températures aussi basses que 21 °C.

Température centrale de 35 °C à 36 °C

– Le client a froid, il frissonne.

Température centrale de 32 °C à 35 °C

– Ralentissement des facultés mentales
– Difficultés d'élocution
– Incoordination légère
– Rigidité musculaire
– Jugement altéré
– Irritabilité
– Frissons apparents

Température centrale de 32 °C

– Les frissons s'arrêtent.

Température centrale £ 31 °C

– Coma vigil
– Diminution progressive du degré de conscience
– Coma probable à des températures ≤ 30 °C
– Cyanose
– Œdème tissulaire

Température centrale 29 °C

– Activité respiratoire lente, peut être difficile à détecter
– Fréquence cardiaque lente; le pouls peut être difficile à palper

Température centrale £ 28 °C

– Signes vitaux absents
– Les pupilles sont dilatées et ne réagissent pas à la lumière.
– Arrêt respiratoire
– Fibrillation ventriculaire

TRAITEMENT

Objectifs

– Réchauffer la victime pour élever la température centrale
– Prévenir ou traiter les complications

Généralités

Le client qui souffre d'hypothermie grave doit être manipulé très doucement. S'il a le cœur froid, il est très susceptible de faire un arrêt cardiaque, même s'il est manipulé avec douceur.

– Veillez à ce que tous les articles, oxygène ou liquides (administrés par voie orale et intraveineuse) qui entrent en contact avec le client soient d'abord réchauffés.
– L'oxygène doit être chauffé à une température de 105 °F à 108 °F (40,5 °C à 42,2 °C) et humidifié, si possible.
– Comme la peau froide est très fragile, évitez d'y appliquer directement des objets chauds ou une pression excessive (p. ex. des bouillottes non isolées).
– L'intérieur d'un véhicule et toutes les pièces où sont traités des clients en hypothermie doivent être maintenus à une température suffisante pour prévenir toute perte de chaleur supplémentaire (idéalement au-dessus de 80 °F [26,7 °C]).
– S'il faut poser une attelle, il importe de le faire avec soin pour éviter que les tissus gelés ne subissent d'autres blessures.
– Ne donnez pas de caféine ou d'alcool.

La réanimation cardiorespiratoire (RCR) *ne doit pas* être pratiquée dans les cas suivants, car elle n'a pas d'effet important sur la survie des victimes d'hypothermie :

– Immersion en eau froide pendant plus d'une heure
– Température centrale < 15,5 °C (60 °F)
– Blessures fatales évidentes
– Gelure (p.ex. formation de glace dans les voies respiratoires)
– Paroi thoracique si rigide qu'il est impossible de faire des compressions
– Sauveteurs épuisés ou en danger

Il se peut que la température centrale ne s'élève pas aussi rapidement que la température de la peau et même qu'elle continue à baisser. Il faut donc vérifier souvent la température rectale.

Traitement de base pour tous les cas d'hypothermie

Prévenez toute déperdition calorique supplémentaire : isolez le client du sol, protégez-le du vent, prévenez les pertes de chaleur par évaporation en lui retirant ses vêtements mouillés ou en le recouvrant d'un pare-vapeur (p. ex. un sac à déchets en plastique), couvrez-lui la tête et le cou et transportez-le dans un endroit chaud; envisagez de lui couvrir la bouche et le nez d'un tissu léger pour réduire les pertes de chaleur par la respiration.

Hypothermie légère

Réchauffez le client passivement et progressivement :

Étape 1: Installez le client dans un endroit aussi chaud que possible.

Étape 2 : Augmentez la production de chaleur par l'exercice (sans transpiration) et par le remplacement liquidien au moyen de liquides hypercaloriques, chauds et sucrés; cette méthode de réchauffement est particulièrement importante quand on ne peut pas obtenir rapidement des soins d'urgence, notamment dans les endroits isolés ou éloignés des centres médicaux.

Étape 3 : Réchauffez passivement en appliquant des compresses chaudes sur les régions du corps où les pertes de chaleur sont importantes, par exemple la tête, le cou, les aisselles, les côtés de la paroi thoracique et l'aine; appliquez une grande quantité d'isolants aux mêmes endroits pour prévenir toute déperdition calorique supplémentaire (l'objectif est d'augmenter la température de 1 °C à 2 °C à l'heure).

Étape 4 : Envisagez de faire prendre une douche ou un bain chaud au client s'il est éveillé.

Ne laissez pas le client seul.

Hypothermie grave avec signes de vie (p. ex. pouls et respiration)

Appliquez au client le traitement indiqué aux étapes 2 et 3 plus haut mais avec les exceptions suivantes :

- Ne faites pas prendre de douche ni de bain à une victime d'hypothermie grave.
- N'administrez pas de liquides par voie orale sauf si le client peut avaler et protéger ses voies respiratoires.
- Traitez les clients en hypothermie avec une grande douceur (évitez de frictionner ou de manipuler les membres ou de leur appliquer directement de la chaleur).

Prenez également les mesures suivantes :

- Réévaluez souvent l'ABC et les signes vitaux.
- Administrez de l'oxygène chaud et humidifié à raison de 10-12 l/min ou plus.
- Administrez par voie intraveineuse du soluté physiologique chauffé (37 °C).
- Il se peut que les personnes souffrant d'hypothermie modérée ou grave présentent une séquestration liquidienne importante et aient besoin d'une réanimation liquidienne active; un bolus initial de 20 ml/kg est indiqué; répétez le traitement au besoin, mais ne surchargez pas le client de liquides administrés par voie intraveineuse.

Hypothermie grave sans signes de vie

- Si le client n'a pas de pouls (après une vérification d'au plus 45 secondes) et ne respire pas et s'il n'y a pas de contre-indications, amorcez la RCR.
- Ventilez avec de l'oxygène à 50 % et humidifié chaud à l'aide d'un ballon Ambu; visez 12-15 insufflations et 80–100 compressions; continuez aussi longtemps que vous le pouvez.
- Administrez par voie intraveineuse du soluté physiologique chauffé (37 °C).
- Il se peut que les victimes d'hypothermie modérée ou grave présentent une séquestration liquidienne importante et aient besoin d'une réanimation liquidienne active; un bolus initial de 20 ml/kg est indiqué; répétez le traitement au besoin.
- Réchauffez le client passivement comme il est indiqué plus haut.

On n'administre pas de médicaments au cours de la réanimation sauf si la température centrale > 32 °C. Les médicaments sont prescrits par un médecin.

Consultation

Si vous avez pratiqué la réanimation et réchauffé le patient pendant plus de 60 minutes sans que le pouls ou la respiration spontanés ne reprennent, poursuivez les manœuvres mais demandez les conseils d'un médecin.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale dès que possible.

CHAPITRE 15 – SANTÉ MENTALE

Table des matières

PRÉAMBULE

La première version de ce chapitre a été rédigée pour la Direction générale des services médicaux par J. P. Kehoe, directeur des services de santé mentale, Région du Yukon. Cette version revue de 2000 a été préparée par le D[r] S. Callaghan et par C. Sargo, RN(EC), infirmière praticienne.

GÉNÉRALITÉS

DÉFINITIONS

SANTÉ MENTALE

La santé mentale est un concept difficile à définir. Cependant, les spécialistes, comme en témoigne la littérature, s'entendent généralement sur certains indices de la santé mentale, notamment sur les caractéristiques personnelles suivantes :

- connaissance de soi et juste perception de soi
- réalisation de soi (de son potentiel)
- autonomie (indépendance d'esprit et d'action)
- perception juste de la réalité
- engagement
- maîtrise de certaines compétences (aptitudes sociales et professionnelles voulues pour s'intégrer à son milieu)
- ouverture et souplesse

MALADIE MENTALE

On entend par maladie mentale le comportement d'une personne qui présente les caractéristiques suivantes ou certaines d'entre elles :

- mésadaptation sociale
- altération du raisonnement ou du fonctionnement intellectuel
- troubles de la pensée, de la mémoire ou de l'orientation
- idées délirantes ou troubles de la perception
- réactions émotionnelles exagérées, inappropriées ou autrement perturbées
- altération du jugement ou trouble du contrôle des impulsions
- évaluation irréaliste de soi

Souvent, le diagnostic d'une maladie mentale ne reposera pas, comme c'est le cas pour la plupart des troubles physiques, sur la détermination d'une cause précise.

ORIGINES CULTURELLES DE LA MALADIE MENTALE ET DE LA SANTÉ MENTALE

LA NOTION D'ANORMALITÉ

Les croyances concernant la maladie mentale sont étroitement liées à la religion, aux valeurs sociales, aux normes ainsi qu'aux idéaux applicables aux relations humaines. La remarque vaut pour toutes les cultures.

Ce sont ces croyances communes qui déterminent la nature de la médecine traditionnelle et qui guident l'interprétation des symptômes et le choix des interventions. La médecine et la psychiatrie « occidentales » imputent la maladie mentale à des phénomènes biologiques et à des expériences de vie, tandis que d'autres cultures lui attribuent également des causes métaphysiques ou spirituelles.

Il est rare qu'une personne soit consciente du fait que sa perception d'un comportement normal ou anormal est le reflet des valeurs de son milieu culturel; elle a plutôt tendance à considérer que ces valeurs sont justes et universelles (ethnocentrisme).

L'expression de la maladie mentale est fortement tributaire de la culture. Ainsi, il arrive que des symptômes d'un trouble qui sont très répandus dans un groupe culturel soient pour ainsi dire absents d'un autre et soient même considérés comme normaux dans un troisième.

Certains troubles sont exotiques et propres à un groupe culturel (par exemple, le Windigo chez les Cris et les Ojibwa et le Pibloktog chez les Inuits). On a tenté d'intégrer ces troubles aux classifications scientifiques des maladies mentales, en attribuant les symptômes inhabituels à des déterminants culturels et en partant du postulat que les processus pathologiques sous-jacents sont les mêmes dans tous les groupes culturels.

Certains troubles ne cadrent toutefois avec aucun système de classification. Il peut s'agir d'une nouvelle entité clinique découlant d'un changement culturel. Le syndrome du « découragement total » (dépression, alcoolisme, absence de responsabilité sociale, négligence de la famille, comportement suicidaire), décrit chez les Sioux, fait sans doute partie de cette catégorie de troubles.

À l'étape du diagnostic et de l'interprétation, où les choses sont nommées, le patient et le thérapeute acquièrent un langage commun qui leur permet de conceptualiser la souffrance. Ce processus permet de rassurer le patient, de choisir le traitement qui convient et de donner un sens à l'expérience. Lorsque patient et thérapeute ne partagent pas la même « vision du monde » (idée de ce qui est normal ou anormal, idée d'une relation de cause à effet dans les comportements interpersonnels, idées au sujet du traitement indiqué), le traitement risque d'aboutir à un échec ou, à tout le moins, de ne pas donner des résultats optimaux. L'intervention doit être adaptée à la réalité culturelle.

PRÉVALENCE ET EXPRESSION DE LA MALADIE MENTALE

L'incidence de certains troubles semble varier d'un groupe culturel à l'autre et dépend des différences observées entre les cultures sur les plans des sources de stress, de la définition de l'anormalité et de la personnalité (certains types de personnalité sont plus imperméables au stress que d'autres en raison du tempérament, du mode de raisonnement ou du mode d'adaptation physiologique propres à chacun).

Voici quelques sources de stress qui sont liées à la culture :

- *Le conflit de valeurs* : Situation qui entraîne de l'incertitude et de la confusion faute d'un modèle de référence stable.
- *Le changement social :* Les mécanismes d'adaptation habituels deviennent inopérants.
- *Le stress dû à l'acculturation :* Changement social provoqué par le choc des cultures.
- *Les événements marquants de la vie :* Plus les changements dans la vie sont nombreux et importants (décès dans la famille, problèmes financiers, démêlés avec la justice, problèmes conjugaux), plus ils sont générateurs de stress.
- *La difficulté d'atteindre ses objectifs* : Les aspirations sont de plus en plus grandes, mais ont peu de chances de se réaliser.
- *La discrimination :* Il s'agit d'un stress auquel sont particulièrement soumises certaines catégories de personnes (certains groupes d'âge ou les femmes, p. ex.) et qui engendre des sentiments d'impuissance et une piètre estime de soi.
- *Le conflit de rôles :* Situation que vit la personne appelée à adopter plusieurs rôles en alternance.

Les manifestations des troubles mentaux varient d'une culture à l'autre, mais on s'accorde généralement à dire que certains comportements comme une tristesse extrême, un retard moteur et l'agitation sont des signes de perturbation mentale.

VALEURS ET ÉTHIQUE D'UNE CULTURE

L'éthique désigne les règles de conduite, la façon dont l'individu est censé se comporter dans une société. Si l'on veut comprendre un client, il faut connaître les valeurs de cette personne et ses attentes face à elle-même et aux autres.

L'ignorance de ces différences souvent subtiles entre les normes de comportement peut facilement engendrer de graves malentendus, une perte de crédibilité, de la colère et de la frustration, de part et d'autre.

Comme les valeurs et les idéaux varient d'une culture à l'autre, il est impossible d'énumérer toutes les différences qui peuvent exister. Voici cependant, à titre d'exemple, certaines valeurs que l'on retrouve couramment chez les Premières Nations et les Inuits du Canada.

Il importe de souligner que ces valeurs ne s'appliquent pas nécessairement à toutes les Premières Nations et à tous les Inuits du Canada, mais elles peuvent sensibiliser le personnel soignant aux différences qui peuvent exister et à la nécessité d'en tenir compte s'il veut comprendre le client et lui fournir des services de santé mentale de qualité.

La non-ingérence

Un profond respect pour l'autonomie individuelle se traduit par l'idée qu'on doit s'abstenir de donner des ordres à une personne, de la contraindre ou même de la persuader, même s'il s'agit d'un enfant. Cette règle de conduite peut être assimilée par une autre culture à de l'apathie, à de la négligence, à de l'indifférence, à l'absence de responsabilité sociale ou à une attitude fuyante.

La colère

L'expression de la colère pourrait compromettre la collaboration spontanée essentielle à la survie d'un groupe très uni. D'où la nécessité de réprimer toute hostilité. De l'avis de certains, cette attitude peut prédisposer à la dépression.

Le temps

Le temps est une notion personnelle et élastique qui ne se mesure pas de manière objective mais selon que l'individu se sent prêt à agir ou non.

Le partage

La survie du groupe l'emporte sur la prospérité individuelle. C'est le partage qui garantit la survie du groupe.

La collaboration

La concurrence peut miner la cohésion du groupe. La collaboration accroît l'esprit de solidarité et permet de mettre en commun les efforts, les talents et les ressources.

L'excellence

Il est rare qu'on manifeste ou exprime sa gratitude parce que chaque individu est censé avoir un comportement « normal », autrement dit irréprochable.

L'enseignement et l'apprentissage

L'enseignement est fondé non pas sur une instruction structurée, mais sur l'exemple. L'individu qui est prêt à apprendre se met spontanément à observer et à mettre en pratique le fruit de son observation.

UNE APPROCHE AXÉE SUR L'ADAPTATION CULTURELLE

Le professionnel ayant reçu une formation scientifique est souvent mieux placé pour jouer le rôle de consultant que celui de thérapeute principal. L'expertise du consultant se transmet alors par des intervenants plus naturels et acceptables de part et d'autre, qui font généralement partie du groupe culturel du client.

Le service de santé mentale devrait être le mieux intégré possible aux réseaux d'aide reconnus par le groupe culturel.

Il faut tenter de savoir :

- ce que le groupe culturel estime normal et anormal
- quelles sont les causes attribuées aux troubles par le milieu socioculturel
- quelles sont les interventions habituelles du groupe socioculturel, notamment le recours à des guérisseurs et les réseaux d'entraide traditionnels
- quelles sont les attentes de la communauté à votre égard ainsi qu'envers votre organisme.

Cette évaluation peut se faire de manière structurée ou non et en collaboration avec des « médiateurs culturels », c'est-à-dire des personnes qui connaissent bien les deux cultures.

Idéalement, il faudrait établir le profil des troubles pour chaque culture et décrire le lien qu'on perçoit entre le comportement anormal et divers facteurs sociopsychologiques.

Il faut savoir que dans certaines cultures et lorsqu'il s'agit de certains troubles, l'individu n'est pas considéré comme responsable, et la famille et la collectivité sont prêtes à collaborer. Dans d'autres cas, surtout lorsque la personne a eu un comportement violent ou a fait du tort à d'autres personnes, le sujet peut être rejeté ou subir des formes d'ostracisme plus subtiles pour avoir perturbé la vie communautaire. Dans ce cas, l'individu joue un rôle de « malade », et le pronostic est moins favorable.

Il faut examiner le réseau d'aide pour déterminer comment le groupe intervient généralement pour ramener l'individu sur le droit chemin, autrement dit pour faire en sorte qu'il adhère de nouveau aux normes et aux objectifs de la collectivité.

Les membres de tout groupe culturel ont des attentes à l'égard de la thérapie. Il importe de connaître ces attentes et d'en tenir compte dans le plan d'intervention ou de traitement.

Certaines membres de la collectivité ont un statut de guérisseur, de chaman, de « docteur » ou de sage. Ces personnes et d'autres intervenants qui ont des rapports privilégiés avec le client sont parfois les mieux placés pour intervenir directement auprès de ce dernier.

Dans chaque cas, il faut déterminer, après mûre réflexion, si le guérisseur ou le thérapeute autochtone agira en qualité de thérapeute principal ou de consultant. On ne saurait donner de directives précises à ce sujet, mais il y a lieu de tenir compte des considérations suivantes lorsqu'on définit les rôles respectifs du guérisseur autochtone et du professionnel :

- la nature de la maladie (les troubles considérés comme essentiellement d'origine socio-culturelle relèvent sans doute davantage du champ de compétence d'un guérisseur autochtone)
- le recours nécessaire à la chimiothérapie ou à une autre forme de traitement physique et la nécessité de surveiller les réactions aux médicaments
- le degré de risque que comporte chaque option pour le client, le guérisseur et la collectivité, et les attentes de celle-ci à l'égard de la prise en charge du client
- l'acceptabilité de chaque option pour le client
- les risques associés aux méthodes que pourrait privilégier le guérisseur autochtone
- la capacité du guérisseur autochtone et du personnel médical de travailler en collaboration.

Il faut respecter les méthodes de guérison ancestrales employées dans le traitement des maladies mentales même si elles semblent s'écarter des démarches scientifiques. En effet, certains facteurs qui ne relèvent pas à proprement parler de la démarche thérapeutique peuvent avoir un effet non négligeable, surtout si le client juge le traitement pertinent.

À moins que la démarche « scientifique » ne soit manifestement plus efficace, surtout dans un contexte interculturel, le guérisseur autochtone doit jouer un rôle de premier plan dans le traitement, son intervention étant sanctionnée par le milieu culturel et souhaitée par le client.

Nonobstant cette mise en garde, la collaboration avec des guérisseurs autochtones permet des échanges de connaissances et de points de vue, qui profitent aux deux parties. Toute démarche thérapeutique est dynamique et en constante évolution, surtout dans le domaine de la santé mentale.

Il faut présumer que le patient a les capacités et les ressources voulues pour surmonter ses difficultés. Autrement dit, il faut éviter d'avoir une attitude paternaliste ou d'encourager la dépendance.

Vous devez être conscient de vos propres valeurs et attentes ainsi que des points de divergence avec l'autre culture.

Parfois, d'autres personnes qui entretiennent des liens avec le client sont en mesure d'exercer sur lui une influence sociale bénéfique.

Il est important de faire participer la population cible ou l'ensemble des membres de la collectivité à l'élaboration des programmes et des services. Ainsi, les services sont mieux acceptés et mieux adaptés aux besoins de la clientèle.

COMMUNICATION

Lorsqu'on communique avec une personne d'une autre culture, on peut s'attendre à ce que les sources de malentendus soient nombreuses, même lorsque les deux interlocuteurs parlent la même langue. Le bagage culturel et, dans certains cas, la langue elle-même (hypothèse de Whorfian) structurent la perception que l'on a de la réalité.

On ne saurait trop insister sur l'importance d'une communication efficace dans le traitement des troubles mentaux et ce, pour les raisons suivantes :

- Il faut bien comprendre les symptômes du client, sa situation ainsi que sa perception du problème.
- Bien des troubles mentaux sont diagnostiqués à la lumière d'un dérèglement de la pensée ou de la perception qui ne peut être détecté que par des échanges verbaux et doit être distingué des idées jugées normales dans le groupe culturel concerné.
- Dans la mesure où des méthodes verbales sont utilisées dans le traitement, la communication doit être efficace.

Voici quelques points que l'on devrait toujours pendre en considération lorsqu'on communique avec un membre d'un autre groupe culturel, notamment dans le cadre d'une relation d'aide :

- Même lorsqu'on parle la même langue, le sens d'un mot peut être très différent d'une culture à l'autre. D'où l'importance de reformuler les propos de son interlocuteur et de lui poser des questions pour s'assurer d'avoir compris et d'être compris.
- Il est important d'évaluer le niveau du vocabulaire du client et d'adapter le sien en conséquence.
- Il faut être attentif au langage non verbal et ne pas perdre de vue que les gestes peuvent avoir des sens différents, selon la culture.
- Certains sujets chargés d'émotion sont tabous et doivent être abordés avec tact ou de façon indirecte.
- Certains sujets sont déplacés ou choquants pour certains groupes, comme les filles pubères, les personnes âgées ou les femmes mariées. L'âge et le sexe de l'interlocuteur sont aussi des facteurs qui peuvent entrer en ligne de compte.
- La distance qui doit séparer deux interlocuteurs (l'espace personnel) varie sensiblement d'une culture à l'autre et selon la relation qui existe entre les deux personnes, le sujet et le but de la conversation. Une trop grande proximité peut être assimilée à un manque de délicatesse et à une attitude agressive; une distance trop grande à de la froideur ou encore à une attitude impersonnelle ou craintive.
- On doit évidemment recourir à un interprète lorsque son interlocuteur parle une autre langue, mais l'interprète peut aussi aider à préciser et à expliquer certaines notions culturelles (*Voir la rubrique « Recours à un interprète » plus loin*).
- Le mode de communication (par exemple, la façon d'entamer la conversation ou d'aborder le nœud du sujet, la franchise, le franc-parler et les révélations personnelles faites par l'intervieweur) varie d'une culture à l'autre.
- Le conseiller (intervieweur, thérapeute, infirmière) devrait peut-être se donner la peine d'expliquer son point de vue et de préciser ses valeurs et ses croyances.
- Il y a lieu de déterminer dans quelle mesure le client s'identifie à sa culture.
- Tout au cours de l'entrevue, on ne doit jamais perdre de vue le milieu dans lequel évolue le client. On doit tenter d'aborder le problème et de le comprendre dans l'optique du client.
- L'intervieweur doit être disposé à faire preuve de souplesse afin de répondre aux attentes du client en ce qui concerne l'objet de l'entrevue.
- Quelle que soit sa culture, le client perçoit facilement certaines qualités de l'intervieweur, notamment son intérêt et sa sincérité.

Sur certains plans, vous aurez besoin de connaître à fond la culture du client. N'hésitez pas à consulter des travailleurs sociaux, des professionnels de la santé et des auxiliaires dans différents domaines, des interprètes, des travailleurs d'autres cultures ainsi que d'autres membres (p.ex. les sages) de la collectivité concernée. L'idéal est de miser sur l'expérience et les connaissances directes, mais il ne faut pas négliger de consulter les études anthropologiques et historiques concernant votre région et sa population.

RECOURS À UN INTERPRÈTE

La communication est optimale lorsque les interlocuteurs partagent la même langue et la même culture, de sorte que les messages verbaux s'harmonisent avec les messages non verbaux, et les références culturelles sont claires. Voici quelques lignes directrices qui peuvent aider à compenser, bien qu'en partie, les différences qui existent entre les interlocuteurs.

- Il faut toujours se montrer respectueux et poli. Regardez la personne dans les yeux à moins de ressentir de la gêne chez l'interprète. Appelez l'interlocuteur par son nom. L'estime de soi est en partie liée au nom de la personne. Parlez lentement sans élever la voix. Le volume ne compense pas les difficultés posées par le vocabulaire ou la syntaxe.
- Abordez la question de la confidentialité. Assurez-vous de bien comprendre la relation qui existe entre le client et l'interprète et qu'elle ne fait pas problème.
- Demandez à l'interprète de traduire vos propos et ceux de votre interlocuteur au fur et à mesure afin de vous assurer que la communication se fait. Au besoin, demandez à l'interprète de résumer la conversation pour avoir l'assurance que les trois parties se comprennent bien.
- Expliquez à l'interprète qu'il doit traduire non seulement les paroles, mais aussi les sentiments et les émotions du client.
- Au besoin, demandez au client de faire un résumé des échanges.
- Soyez à l'affût des décalages entre la communication verbale et non verbale et si vous soupçonnez un problème quelconque, demandez à l'interprète de vérifier si vos doutes sont fondés.
- Demandez à l'interprète de choisir les mots justes lorsque vous abordez des sujets qui pourraient être délicats ou tabous, comme la sexualité, et expliquez-lui que vous ne vous attendez pas à une traduction littérale. Demandez-lui de traduire ce qui a été dit pour vous assurer que son interprétation des propos du client est la plus fidèle possible.
- Demandez à l'interprète de vous expliquer le protocole (tenue vestimentaire, poignée de mains, types de questions acceptables, « espace personnel », utilisation du prénom et tutoiement, présence de l'interprète).
- L'interprète est un professionnel et ses services devraient être reconnus à leur juste valeur.

PRÉVENTION DE LA MALADIE MENTALE ET PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE

GÉNÉRALITÉS

Dans le domaine de la santé mentale, les activités de prévention et de promotion ont essentiellement pour objectifs de réduire l'incidence des troubles mentaux et de favoriser l'épanouissement personnel, l'autonomie et le bien-être.

La prévention vise à favoriser la santé mentale en s'attaquant aux facteurs prédisposants et déclenchants de la maladie mentale. Elle met l'accent sur les populations à haut risque (les facteurs prédisposants) et sur les situations à haut risque (les facteurs déclenchants comme le stress).

La promotion de la santé mentale vise à favoriser l'acquisition d'aptitudes et d'attitudes propices à une bonne santé mentale, et non seulement à éviter la maladie mentale.

Des interventions individuelles suffisent rarement à venir à bout de troubles qui touchent un grand nombre d'individus. En principe, la prévention et la promotion de la santé sont beaucoup plus rentables, bien qu'elles ne donnent pas toujours des résultats aussi rapides qu'un traitement individuel. De plus, ces approches impliquent dans bien des cas des changements sociaux et environnementaux qui ne sont pas toujours acceptés d'emblée (par exemple, modifier les méthodes d'éducation des enfants, offrir des cours d'éducation sexuelle, éliminer la pauvreté, la discrimination, le chômage et les piètres conditions de logement et humaniser les institutions sociales).

Dans le domaine de la santé mentale, la prévention ne peut être aussi spécifiquement axée sur des troubles, comme c'est le cas pour les maladies physiques (*Voir la rubrique « Troubles mentaux pouvant être prévenus » plus loin*).

L'existence de certaines conditions n'entraîne pas nécessairement l'apparition de troubles mentaux précis, sauf dans les quelques cas signalés. C'est dire que la prévention a souvent un caractère aléatoire. La promotion de la santé, par contre, a des objectifs plus concrets et mieux définis, notamment l'acquisition et l'amélioration d'aptitudes ou de comportements observables, réputés favorables à la santé mentale.

Parmi les stratégies généralement utilisées dans la prévention des maladies mentales figurent :

- la recherche de cas par le biais d'enquêtes, d'examens médicaux périodiques ou d'évaluations du développement, ou par les activités d'aiguillage d'autres d'organismes
- une intervention psychosociale précoce
- un diagnostic rapide et une orientation en vue d'un traitement
- l'examen des facteurs sociaux et environnementaux associés à la maladie mentale et des facteurs de stress psychosociaux
- la prestation de services et la promotion de changements sociaux et environnementaux.

Les stratégies de prévention et de promotion de la santé supposent un changement d'attitude chez les intervenants à l'égard des facteurs déterminants. En effet, il faut cesser de percevoir les causes et les interventions dans une optique individuelle et adopter une perspective plus globale et sociale.

Les stratégies de prévention et de promotion de la santé mentale sont le plus efficaces lorsqu'elles sont mises en œuvre par un réseau intégré de services et d'organismes. Ainsi, la responsabilité en matière de santé mentale appartient à l'ensemble de la collectivité, et le rôle des travailleurs en santé mentale consiste à transmettre ce message aux membres de la collectivité et à les inciter à agir.

Une mise en garde s'impose au sujet du lancement de tout programme communautaire. En effet, même si à première vue elle semble anodine, toute intervention suffisamment puissante ou globale pour produire des effets bénéfiques peut aussi avoir des effets secondaires indésirables. Une intervention moins ambitieuse est sans doute plus sûre, ne serait-ce que parce que ses risques sont plus limités.

TROUBLES MENTAUX POUVANT ÊTRE PRÉVENUS

On reconnaît qu'il est possible de prévenir spécifiquement cinq catégories de troubles mentaux, entre autres parce que les causes de ces maladies précises sont connues.

Intoxications aiguës et chroniques

- Intoxication aiguë : ingestion intentionnelle ou accidentelle de drogues ou de médicaments, de produits pour inhalation ou de solvants
- Intoxication chronique : exposition prolongée à des produits toxiques industriels ou usage prolongé de médicaments ou de drogues pouvant engendrer une dépendance
- Intoxication du fœtus par la mère qui consomme de l'alcool ou des drogues

Mesures préventives

- Changement de milieu
- Changement de mode de vie
- Changement du système de santé (conservation des médicaments, habitudes en matière de prescription et de délivrance de médicaments)
- Réduction de l'exposition aux produits toxiques industriels
- Amélioration des normes de sécurité et surveillance accrue
- Amélioration de l'étiquetage des produits toxiques ménagers et industriels
- Création de centres antipoison
- Éducation de la population en matière de santé

Infections pouvant léser le système nerveux central (SNC)

- Infections au cours de la grossesse (rubéole, syphilis, toxoplasmose)
- Maladies infectieuses de la petite enfance (coqueluche, grippe, rougeole, méningite, oreillons, tuberculose)

Mesures préventives

- Soins prénatals de qualité
- Traitement des infections chez la femme enceinte
- Immunisation

Troubles d'origine génétique

- Maladie de Tay-Sachs
- Phénylcétonurie
- Galactosémie
- Sclérose tubéreuse
- Chorée de Huntington

Mesures préventives

– Counselling génétique
– Dépistage et détection précoces
– Régime spécial (dans le cas de la phénylcétonurie et de la galactosémie)

Carences nutritionnelles

– Encéphalopathie de Wernicke
– Béribéri
– Kwashiorkor
– Pellagre
– Anorexie
– Carences nutritionnelles généralisées

Mesures préventives

– Administration de suppléments alimentaires
– Éducation nutritionnelle

Traumatismes et troubles organiques intéressant le SNC

– Traumatismes (par exemple, chutes, blessures par balles, accidents de véhicules automobiles)
– Troubles généraux intéressant tout l'organisme (par exemple, érythroblastose fœtale, hyperthyroïdie, crétinisme, masses intercrâniennes, toxémie gravidique, prématurité)

Mesures préventives

– Lois et règlements concernant l'âge légal pour conduire un véhicule, le port d'équipement protecteur (p. ex. un casque protecteur), le port des ceintures de sécurité et les limites de vitesse
– Amélioration de la sécurité industrielle
– Lois et règlements sur le contrôle des armes à feu
– Promotion de la sécurité par l'éducation de la population
– Diagnostic précoce et intervention rapide (par exemple, en cas d'hyperthyroïdie et de masses intercrâniennes)
– Bon suivi prénatal

PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE

Généralités

Promouvoir la santé mentale, c'est accroître les compétences et le bien-être des individus, des groupes et des collectivités. Ce concept diffère du modèle traditionnel de prévention en santé publique, qui distingue trois sphères d'intervention : la prévention primaire et la prévention secondaire qui ont pour objet de réduire l'incidence d'un trouble ou d'une affection et la prévention tertiaire qui vise à réduire la gravité des maladies chroniques. S'il est vrai que ce modèle a permis de prévenir diverses maladies transmissibles et affections d'origine nutritionnelle, il n'a pas donné de résultats aussi concluants dans le cas des maladies mentales et des troubles de comportement.

Le modèle de promotion de la santé mentale repose sur la prémisse que les facteurs de stress psychologique peuvent prédisposer l'individu à la maladie mentale, mais qu'ils n'entraînent pas nécessairement un trouble précis.

C'est pourquoi les interventions en promotion de la santé mentale ont pour objet d'améliorer le bien-être et les ressources personnelles des populations normales et vulnérables et de modifier les facteurs sociaux et environnementaux qui nuisent à la santé mentale et au bien-être psychologique.

Une intervention peut viser des individus, des groupes, voire des systèmes.

Stratégies de promotion de la santé mentale

Encourager les réseaux naturels de soutien social

Les réseaux de soutien social (parents, amis) protègent l'individu contre les effets de facteurs externes de stress, notamment en période de deuil, de transition psychosociale ou de crise. On peut renforcer systématiquement ces réseaux par les mesures suivantes :

– Repérer les populations à haut risque, c'est-à-dire vulnérables (par exemple, les jeunes mères, les chômeurs, les femmes récemment divorcées et les enfants atteints de déficience mentale)
– Déterminer quelles sont les ressources sociales spontanées ou naturelles auxquelles on peut faire appel
– Repérer les aidants naturels, autrement dit, les personnes qui possèdent ou pourraient acquérir les aptitudes ou les compétences voulues et qui ont accès à la population vulnérable
– Offrir à ces personnes l'aide, la formation et les conseils nécessaires, aussi longtemps qu'elles en ont besoin.

Accroître la compétence des soignants

En améliorant les compétences et les connaissances des soignants, qu'il s'agisse de professionnels ou d'auxiliaires, on a plus de chances de les voir exercer une influence favorable sur la santé mentale de l'ensemble de la population. Pour atteindre cet objectif, on peut recourir à divers moyens, entre autres les conférences de cas, les ateliers interorganismes, les conférences, les programmes de formation en cours d'emploi, le partage de matériel audiovisuel, les groupes d'étude, les groupes de remue-méninges, les groupes de travail et le coparrainage de séances de formation ou de consultation tenues par des experts.

Créer des réseaux communautaires

Une « communauté compétente » est comparable à un individu compétent, qui jouit d'une bonne santé mentale. Dans les deux cas, on observe en effet un sentiment d'autonomie, de maîtrise de sa destinée et de valorisation. Dans le cas de la santé mentale, la promotion d'un tel état passe par la création de réseaux communautaires qui favorisent la coopération interorganismes, la coordination des efforts ainsi que la participation de la population à l'étude de questions touchant la santé mentale.

Promouvoir l'éducation en santé mentale

L'éducation en santé mentale a pour objet d'aider la population et les professionnels à acquérir les connaissances, les compétences et les attitudes qui contribueront à leur propre santé mentale et à celle des autres. Elle en fait non seulement des consommateurs de services de santé mentale (et d'autres services) plus avertis, mais aussi des personnes mieux armées pour dispenser des soins et du soutien et pour reconnaître les troubles mentaux. Enfin, elle exerce une influence sur les politiques gouvernementales qui ont une incidence sur la santé mentale des individus et des groupes au sein d'une collectivité.

Miser sur la consultation

La tenue de consultations, surtout avec les organismes de services à la personne, peut contribuer à créer un réseau plus apte à s'attaquer à la maladie mentale et à promouvoir la santé mentale. Les écoles, les tribunaux, les organismes de service social, les garderies, les foyers pour personnes âgées et les médias ne sont que quelques-uns des organismes susceptibles d'avoir une grande influence sur la santé mentale d'un individu, dans l'immédiat ou à plus longue échéance. La consultation peut viser les objectifs suivants :

- sensibiliser davantage aux questions liées à la santé mentale
- améliorer l'accès aux services
- encourager les activités de promotion de la santé mentale à l'intérieur de l'organisme (p.ex. des programmes de santé mentale dans les écoles)
- changer le système de façon à mieux répondre aux besoins de la clientèle.

Les connaissances relatives aux problèmes de santé mentale acquises dans la prestation de services de santé devraient être partagées avec d'autres organismes, de façon formelle ou non.

STRATÉGIES DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE

Santé mentale de l'enfant d'âge préscolaire et de la mère

Les programmes de soins prénatals et postnatals, c'est prouvé, contribuent à améliorer sensiblement la santé de la mère et de l'enfant et à réduire le risque de divers troubles mentaux associés à des causes physiques (comme la phénylcétonurie et d'autres affections touchant le cerveau), mais ils ont également une incidence sur des phénomènes psychologiques tels que l'attachement mère-enfant et la dépression post-partum.

Il est important de reconnaître les enfants qui sont à risque ou vulnérables parce qu'ils vivent dans des conditions dangereuses pour la santé mentale, comme la négligence parentale, un logement inadéquat, le manque de stimulation ou les mauvais traitements infligés par les parents ou les frères et sœurs.

Les garderies et les groupes d'entraide permettent aux mères d'être libérées temporairement des pressions et responsabilités liées à la prise en charge de l'enfant, de s'épauler et de s'échanger des conseils.

Les évaluations courantes du développement permettent de repérer les enfants qui ne se développent pas normalement. L'examen porte sur divers aspects du développement, le but étant d'assurer à l'enfant le suivi dont il a besoin, notamment sur le plan médical.

Il faudrait mettre à la disposition des enfants les installations et les ressources voulues pour qu'ils puissent exercer leur corps, leur créativité et leur esprit et acquérir des aptitudes sociales.

La santé mentale à l'école

Il existe toute une gamme de jeux éducatifs axés sur le développement affectif et social, plus particulièrement sur la perception, l'acceptation des sentiments, les attitudes, les valeurs et l'acquisition d'aptitudes sociales et interpersonnelles.

La résolution des problèmes sociaux et des conflits peut être intégrée au programme scolaire. Il existe de nombreux programmes destinés aux enfants de tous les âges, de la maternelle au niveau secondaire. Ce genre d'initiative permet d'apprendre aux enfants à :

– analyser les problèmes interpersonnels
– trouver des pistes de solutions
– trouver des moyens convenables d'appliquer une solution ou d'atteindre un objectif
– prévoir les conséquences des diverses solutions envisagées.

Les problèmes scolaires sont, dans bien des cas, liés à des troubles mentaux ou à des problèmes de comportement. Si on détecte et corrige tôt les difficultés d'apprentissage, on peut prévenir la survenue ultérieure de problèmes dus au manque d'estime de soi ou de confiance en soi et au manque d'aptitudes sociales ou professionnelles.

On peut concevoir des programmes spéciaux à l'intention des élèves en difficulté, souvent reconnaissables dès les premières années scolaires.

Les programmes de prévention peuvent prendre la forme de cours structurés axés sur les besoins de l'enfant, ou être offerts de manière informelle, selon les besoins. Quoi qu'il en soit, il faut que l'enseignant reçoive une formation sur le développement affectif et les aptitudes sociales.

Les groupes d'étude parents-maîtres, les groupes de réflexion d'enseignants, les leçons particulières données par des pairs et les groupes d'entraide sont autant d'approches novatrices mises à l'essai dans les écoles pour favoriser de la santé mentale.

Même si leur efficacité à long terme n'a pas été clairement établie, on pense que les programmes d'initiation à la vie familiale, d'éducation sexuelle et de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues mis en œuvre en milieu scolaire contribuent à prévenir divers problèmes.

Tournants de la vie et crises

Le counselling en cas de deuil a pour objet de fournir de l'appui, surtout aux groupes particulièrement vulnérables, comme des personnes ayant perdu un enfant, un conjoint ou un parent. Il a été établi que les risque de suicide augmentaient soit immédiatement après l'événement, dans le cas du décès d'un conjoint, soit plus tard dans la vie, dans le cas du décès d'un parent.

La préparation à la retraite aide l'individu à s'adapter aux nombreux changements qui surviennent lors de la retraite. Parmi les sujets abordés dans le cadre de ces programmes figurent la gestion des finances, les loisirs, la santé, le logement et l'évolution des relations.

Le divorce est une période extrêmement pénible tant pour les parents qui se quittent que pour les enfants. On sait que les problèmes psychologiques sont plus répandus chez les enfants du divorce que chez les enfants issus de familles intactes. Les services de counselling offerts aux adultes et aux enfants sont deux formes de prévention très utiles.

Les cours de préparation au mariage et le counselling matrimonial préparent les couples à faire face aux difficultés de la vie commune et favorisent l'entraide et la résolution constructive de problèmes.

Il existe divers types de cours sur le rôle parental, qui s'adressent aux parents d'enfants de groupes d'âge différents. Les groupes d'entraide et de soutien pour les parents jouent un rôle analogue. Certains programmes font appel à des classes d'observation pour dispenser un enseignement plus pratique aux parents d'enfants d'âge préscolaire.

Des programmes de prévention des agressions sexuelles contre les enfants ont été conçus pour être utilisés dans divers cadres, notamment en milieu scolaire.

Les services de counselling et les groupes d'entraide pour chefs de familles monoparentales aident le parent qui doit assumer seul le double rôle parental tout en pourvoyant aux besoins de ses enfants.

Il existe des programmes à l'intention des enfants qui doivent être hospitalisés ou subir une intervention chirurgicale. Ces programmes permettent d'atténuer le stress qui accompagne le fait d'être séparé de ses parents ainsi que les inquiétudes et les craintes de l'enfant au sujet de l'hospitalisation.

Les services d'écoute téléphonique ou de counselling offerts aux personnes en état de crise, comme les sujets suicidaires ou désemparés, peuvent les empêcher de sombrer dans le désarroi total. On ignore si ce genre de services permettent effectivement de prévenir le suicide; aussi, il ne devrait sans doute pas s'agir de leur objectif principal.

Il existe diverses stratégies de prévention de la violence, notamment les services et les interventions conçus pour les victimes et les auteurs d'actes de violence. Au nombre de ces services figurent l'appui, les conseils juridiques, la protection des victimes et le traitement des agresseurs. À un autre niveau, on pourrait s'employer à améliorer la socialisation de certains enfants, à poursuivre les agresseurs pour bien marquer la désapprobation de la société et à lutter contre les attitudes des médias, des institutions et de la population qui encouragent la violence.

Ensemble de la population

Les employeurs et les organismes communautaires offrent souvent des cours de gestion du stress, uniquement à visée préventive.

Les cours d'affirmation de soi permettent à l'individu d'acquérir des aptitudes sociales qui réduisent sensiblement le stress et l'anxiété dans les relations interpersonnelles.

Par le biais de la sensibilisation, l'éducation en santé mentale aide la collectivité et l'individu à reconnaître les problèmes de santé mentale dans leur milieu.

Les programmes de développement communautaire mobilisent la collectivité, mettent l'accent sur les services de santé mentale ou la promotion de la santé mentale et, dans bien des cas, font participer les personnes en difficulté à la résolution de leurs problèmes.

ÉVALUATION DE LA SANTÉ MENTALE

ÉVALUATION CLINIQUE ET TRAITEMENT

GÉNÉRALITÉS

L'évaluation de la santé mentale vise à fournir des éléments d'information précis sur le comportement du client, ses pensées et ses émotions, et à établir un rapport entre ces facteurs et les antécédents, les expériences et la situation actuelle de l'intéressé. Autrement dit, l'évaluation procure les données dont on a besoin pour décrire, diagnostiquer et, s'il y a lieu, traiter le problème. L'information peut être recueillie directement auprès du client, ou encore, auprès de sa famille ou de l'organisme qui l'a adressé à la clinique.

SYMPTOMATOLOGIE

Profil du client

Description générale :

- Âge
- Sexe
- Origine ethnique
- État matrimonial
- Nombre de frères et sœurs ou d'enfants, et âge
- Conjoint ou parents
- Conditions de logement
- Profession
- Scolarité

Description du problème

Perception qu'a le client des problèmes éprouvés dans la vie quotidienne :

Difficultés ou changements touchant :

- les relations
- le niveau de fonctionnement habituel
- le comportement
- les perceptions
- les aptitudes cognitives

Intensification des sentiments suivants :

- dépression et désespoir
- anxiété
- impression d'être dépassé par les événements
- méfiance
- confusion

Changements somatiques :

- troubles digestifs
- insomnie
- léthargie, fatigue
- perte ou prise de poids, perte d'appétit (anorexie)
- palpitations
- nausées, vomissements
- céphalées

Mécanismes d'intégration et rapports du client avec :

- les autres
- lui-même
- les choses et les idées
- la situation actuelle
- la réalité

Antécédents pertinents

Antécédents personnels – Profil de vie

- Hospitalisations et maladies
- Scolarité
- Antécédents professionnels
- Adaptation sociale
- Antécédents sexuels
- Intérêts, passe-temps, loisirs
- Toxicomanie
- Événements marquants de la vie
- Comportement suicidaire, meurtrier ou violent

Antécédents familiaux – Profil de la famille et de la place du client dans la famille

- Rang de naissance
- Rapports avec les frères et sœurs
- Intégrité de l'unité familiale
- Santé mentale des membres de la famille
- Place perçue dans la famille
- Rapports avec les parents

EXAMEN CLINIQUE

État mental et affectif

Aspect

- État physique et état de santé général
- Tenue vestimentaire
- Contact oculaire
- Maintien
- Rapports avec l'intervieweur

Comportement

- Activité motrice
- Comportement général
- Démarche
- Gestes et manières
- Conscience de l'environnement

Élocution

- Ton et volume
- Débit
- Obstacles à la communication

Humeur

- Caractère approprié ou non
- Impression générale (état dépressif, anxiété, colère, appréhension, apathie)
- Affect (approprié ou non)
- Émotivité (émotion dominante, éventail des émotions, labilité)

Processus cognitif

- Qualité
- Caractère adéquat
- Pensée tangentielle
- Raisonnement concret/abstrait
- Fuite des idées (recours aux stéréotypes)
- Verbigération (discours incohérent)
- Néologismes (mots inventés)
- Fabulation (construction d'événements fictifs, sans intention délibérée de tromper, attribuable à un trouble de la mémoire)
- Langage particulier ou inhabituel
- Facultés cognitives : conceptualisation, niveau intellectuel, facilité d'expression (précision, vocabulaire)
- Caractéristiques générales : rapidité de la pensée, spontanéité, souplesse ou rigidité, distractibilité, continuité, vivacité d'esprit, blocage (interruption du fil de la pensée), attention et rétention

Contenu de la pensée

- Thèmes dominants
- Image de soi
- Perspicacité et conscience
- Discernement
- Idées suicidaires ou meurtrières

Préoccupations particulières

- Hallucinations (tous genres)
- Idées délirantes
- Illusions
- Dépersonnalisation (impression de ne plus être soi-même)
- Déréalisation (impression d'irréalité produite sur le sujet par le monde extérieur)
- Hypochondrie
- Obsessions
- Rituels ou compulsions
- Craintes et phobies
- Délire des grandeurs ou sentiment de dévalorisation
- Nihilisme (disparition de l'ordre des choses)
- Pensées morbides
- Religiosité

Sens de la réalité

- Conscience de l'heure, du lieu, du mois et de l'année
- Mémoire des faits anciens et récents
- Capacité de distinguer les stimuli internes et externes

Risque de suicide / d'homicide

Voir la section « Comportement suicidaire » plus loin.

Évaluation et interprétation

Déterminez s'il y a lieu de prendre des mesures d'urgence :

- Impulsions meurtrières ou violentes manifestes
- Risque suicidaire
- Incapacité de fonctionner

Reconnaître les points forts

Établir un diagnostic provisoire

OBJECTIFS POSSIBLES DU TRAITEMENT

- Enrayer les symptômes (atténuer l'anxiété)
- Modifier les attitudes
- Modifier les comportements (suppression de la manie de se laver les mains, changement d'habitudes, maîtrise de soi)
- Favoriser l'introspection (compréhension de ses motivations, des raisons à l'origine d'une réaction émotive ou des causes d'un comportement aberrant)
- Améliorer les relations interpersonnelles (relations harmonieuses avec la famille, capacité de surmonter l'anxiété ou la timidité, maîtrise de la colère)
- Améliorer l'efficacité personnelle (amélioration de la capacité d'assumer ses responsabilités et d'être productif)
- Améliorer les aptitudes sociales (capacité de mieux fonctionner dans la collectivité)
- Prévenir et éduquer (amélioration de la capacité de s'adapter et de surmonter les difficultés à venir)

MÉTHODES DE TRAITEMENT

Généralités

Hormis les soins médicaux et physiques dispensés aux clients atteints de troubles mentaux, il existe des interventions psychologiques auxquelles peut recourir le personnel médical et paramédical pour modifier le comportement des sujets. Ces interventions psychosociales peuvent :

- avoir une incidence directe sur les réactions émotives du client (techniques de relaxation, réconfort, affrontement)
- modifier la perception que le client a de lui-même (remise en question des croyances irréalistes et des idées fausses, orientation professionnelle)
- offrir à la personne l'occasion d'apprendre de nouvelles façons de s'adapter et de s'épanouir (amélioration de la confiance en soi), notamment par le biais de la réadaptation professionnelle, de l'affirmation de soi et du développement des habilités sociales ou des compétences parentales
- permettre d'enseigner de nouveaux comportements destinés à remplacer ou à prévenir des comportements mésadaptés (désensibilisation systématique en cas de phobies, apprentissage de méthodes de maîtrise de la colère ou d'autres techniques de maîtrise de soi).

Mécanismes d'influence

Témoignage d'un expert

Contacts avec une personne reconnue par le client comme un « expert » et qui se chargerait :

- de « nommer » le trouble
- de donner son avis
- d'aider le client à réfléchir à son problème, à l'interpréter et à l'affronter
- d'évaluer la situation

Instructions d'un expert

Recours à l'un des moyens suivants pour faire agir le client :

- instructions verbales
- ordres
- conseils
- suggestions
- établissement de limites
- énoncés de principes
- permissions

Effet placebo de l'expert

Les qualités personnelles de l'intervenant peuvent avoir un effet de persuasion et exercer une influence sur le client :

- bienveillance et compassion
- tact
- confiance
- chaleur humaine
- sincérité
- empathie

Enseignement par l'exemple

Il s'agit de fournir un exemple ou un modèle du comportement souhaité. Le client devra peut-être mettre en pratique ce comportement dans des conditions optimales et non menaçantes (comme dans le traitement des phobies, de l'anxiété sociale ou de difficultés à s'affirmer).

Principes d'apprentissage de base

Recours systématique au renforcement positif, à l'extinction, à la punition ou à d'autres principes d'apprentissage pour encourager ou décourager certains comportements.

Pratique

Apprentissage du comportement souhaité par le jeu de rôles et la répétition.

Restructuration du milieu

Aménager ou modifier le milieu physique ou social de façon à faciliter ou à encourager le changement de comportement souhaité.

Coordination des ressources et des services à la personne

Orienter le client vers d'autres professionnels ou le mettre en contact avec des ressources plus diversifiées.

Mobilisation des ressources du client

Créer des conditions propices aux changements de comportement (sommeil, repos, relaxation musculaire profonde, nutrition, bonne condition physique).

Évacuation du client

Voir la rubrique « Hospitalisation et évacuation médicale » dans la section « Troubles psychotiques » plus loin.

Admission forcée

Voir la rubrique « Admission forcée » dans la section « Troubles psychotiques » plus loin.

DOSSIERS ET CONFIDENTIALITÉ

Généralités

Il faut prendre soin de protéger la confidentialité des dossiers médicaux et des renseignements relatifs aux interventions médicales et psychosociales auprès des clients ayant des problèmes de santé mentale. Dans bien des cas, ces dossiers contiennent des renseignements personnels sur des questions médico-sociales tout aussi délicates, comme l'avortement, les maladies vénériennes, les naissances non désirées et les examens médico-légaux.

Ces dossiers doivent être traités avec le plus grand soin. Les renseignements médicaux et psychiatriques ne doivent pas être communiqués à la famille (y compris au conjoint et aux enfants), aux amis ni à d'autres professionnels de la santé, sauf si le client y a consenti en toute connaissance de cause, de préférence par écrit (formulaire 14 : Information relative à la santé mentale).

Dans certains cas, le non-respect de la confidentialité des dossiers de santé mentale peut être particulièrement préjudiciable.

– Le client qui souffre de troubles mentaux risque davantage d'être humilié par une révélation publique et d'être victime des préjugés et de la partialité, notamment des employeurs.
– Étant donné le caractère à la fois personnel et social des problèmes de santé mentale, la divulgation de renseignements contenus dans le dossier peut avoir des répercussions sur des personnes autres que le client.
– Le dossier peut avoir une incidence juridique et le client peut être mis en cause.
– La divulgation des renseignements pourrait saper la confiance de la population à l'égard du service, du personnel et de l'organisme.
– Certains clients atteints de troubles de la personnalité ou de troubles mentaux risquent davantage de tenter d'avoir accès à ces renseignements ou de faire un mauvais usage des renseignements obtenus.

Lignes de conduite

Le « secret professionnel » concernant le rapport entre le médecin et le malade ou, par extension, entre l'infirmière et le malade, n'existe pas au Canada. En effet, tous les membres du personnel médical sont tenus par la loi de témoigner s'ils sont cités à comparaître.

Comme la common law ne prévoit aucune disposition relative à la divulgation de renseignements confidentiels, chaque cas pourrait être contesté en vertu de principes autres que les précédents établis en common law.

La *Loi sur la protection des renseignements personnels* en vigueur au Canada stipule que le dossier médical ou tout renseignement concernant le but ou la nature d'une intervention médicale (même le fait que le malade a été examiné par un médecin) doit demeurer confidentiel. Si des renseignements sont divulgués délibérément sans le consentement du client, par exemple si une infraction criminelle est signalée, le Commissaire à la protection de la vie privée doit en être avisé par écrit et peut décider de divulguer au client le nom de l'informateur.

Il n'existe dans la loi aucune disposition qui oblige de signaler une infraction ou l'intention de commettre une infraction. Une telle décision doit reposer sur des principes éthiques et moraux, tels que la sécurité des individus, y compris du client, surtout s'il y a un risque d'homicide, de suicide ou d'agression physique. Il est préférable, dans de tels cas, d'obtenir l'avis d'une autre personne, en consultant un professionnel d'expérience, en discutant des solutions possibles et en clarifiant les faits et les principes qui guideront votre décision.

La *Loi sur l'accès à l'information* permet au client d'obtenir une copie de son dossier médical, mais le directeur d'un établissement ou d'un programme peut refuser de communiquer le dossier s'il juge qu'une telle mesure dessert les intérêts du malade.

Aucun renseignement concernant un client ne doit être communiqué verbalement ou par écrit à quiconque, y compris à la police, sauf avec le consentement écrit de l'intéressé ou sur présentation d'une citation à comparaître.

Les renseignements demandés par un organisme de service social qui a la tutelle d'un enfant peuvent lui être communiqués sans le consentement des parents naturels.

Tous les renseignements contenus dans le dossier d'un client sont la propriété permanente de la Direction générale des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada. Les clients qui veulent obtenir une copie de leur dossier ou y avoir accès doivent présenter une demande par écrit et l'adresser au gestionnaire responsable.

Quiconque viole délibérément ou sans raison valable la confidentialité des renseignements concernant un client peut faire l'objet de sanctions disciplinaires, notamment d'un congédiement sommaire.

Dans bien des provinces ou territoires, les citoyens sont tenus par la loi de divulguer certaines infractions réelles ou soupçonnées. Par exemple, la violence à l'égard des enfants doit être déclarée dans toutes les provinces et dans les territoires.

Âge requis pour consentir

On entend par mineur toute personne n'ayant pas encore atteint l'âge légal pour consentir à un traitement. L'âge auquel la personne peut donner son consentement selon la loi varie d'une province à l'autre; il se situe généralement entre 16 et 20 ans. L'infirmière a intérêt à vérifier cette donnée en consultant la loi pertinente en vigueur dans la province ou le territoire où elle travaille.

Cette question revêt de l'importance dans la prestation des services de santé mentale puisqu'elle peut théoriquement avoir une influence sur l'accès d'un mineur à des consultations et à des traitements confidentiels en santé mentale. Par exemple, le parent ou le tuteur d'un mineur doit-il être informé de la demande de services? Devrait-il avoir accès aux dossiers ou aux renseignements concernant le contact? Doit-on obtenir le consentement des parents avant de dispenser des services de counselling ou un traitement à un mineur?

En l'absence de lignes directrices strictes, on peut appliquer les principes généraux énoncés dans un document sur l'âge requis pour consentir, qui s'adresse aux médecins :

- Un client âgé de 16 ans ou plus devrait avoir le droit de consentir à recevoir tout traitement chirurgical, médical ou dentaire.
- Un client de moins de 16 ans ne devrait pouvoir consentir à recevoir un traitement que si le médecin a vérifié s'il est en mesure de comprendre et d'évaluer la nature et les conséquences du traitement proposé.
- Lorsqu'il a décidé qu'un client de moins de 16 ans a la maturité et la capacité voulues pour comprendre les conséquences du traitement proposé et, par le fait même, est en mesure de consentir à recevoir ce traitement, le médecin devrait noter par écrit les motifs de sa décision.
- Les mineurs qui, en raison d'une incapacité physique ou mentale, ne sont pas aptes à donner leur consentement à un traitement devraient faire l'objet de mesures de protection spéciales, qu'ils aient atteint ou non l'âge de 16 ans.

Avant de prendre une décision concernant l'aptitude à consentir à un traitement, l'intervenant doit aussi déterminer si le client est en mesure de comprendre les enjeux de sa maladie ou de sa situation et les conséquences du traitement ou de l'absence de traitement.

Protection de la confidentialité

Comme c'est le cas pour tous les dossiers médicaux, il faut faire preuve de vigilance pour prévenir la divulgation délibérée ou accidentelle de renseignements confidentiels.

Les dossiers médicaux doivent être conservés en lieu sûr lorsqu'ils ne sont pas utilisés.

Il faut veiller à ce qu'aucun document pouvant indiquer qu'un client souffre d'un trouble mental ou qu'aucun renseignement à ce sujet ne se trouve à la vue du public, d'autres clients ou du personnel qui ne s'occupe pas directement de ce client. Même les calendriers de rendez-vous peuvent révéler des renseignements confidentiels.

Il faudrait poliment refuser de divulguer à quiconque des renseignements sur un client qui souffre de troubles mentaux sans l'autorisation préalable de ce dernier.

Les conversations téléphoniques concernant un client devraient se dérouler à l'abri des oreilles indiscrètes. De même, les entrevues ou consultations avec un client devraient avoir lieu en privé.

Lorsqu'un client (ou quelqu'un d'autre) court un risque quelconque, on doit divulguer des éléments d'information qui permettraient de réduire ce risque à la famille chargée d'assurer la sécurité de l'intéressé. On ne peut divulguer que les renseignements strictement nécessaires sans le consentement du client.

PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET TROUBLES MENTAUX COURANTS

CLIENT VIOLENT OU TRÈS AGITÉ

La plupart des clients atteints de troubles mentaux ne sont pas particulièrement dangereux ni violents. Toutefois, ceux qui présentent les troubles suivants peuvent avoir un comportement violent :

- Troubles de la personnalité
- Toxicomanies
- Troubles cérébraux organiques ou troubles du contrôle des impulsions
- Troubles maniaques en phase aiguë
- Troubles psychotiques paranoïaques
- Troubles fonctionnels organiques accompagnés d'idées délirantes ou d'hallucinations.

Le comportement violent d'un client est souvent imprévisible et irrationnel, puisqu'il relève de la psychopathologie. La véritable source de la colère n'est pas nécessairement apparente et la conduite de la personne peut sembler illogique, comme dans les cas de délire de persécution, ou encore brusque et inattendue, comme dans les états hallucinatoires.

CAUSES

Les causes du comportement violent sont les mêmes, que le client souffre de maladie mentale ou non :

- Peur
- Frustration
- Déception
- Sentiment d'infériorité
- Envahissement de l'espace personnel
- Perte de l'estime de soi
- Sentiment d'humiliation
- Protection contre une menace perçue, qu'elle soit réelle ou imaginaire

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES TROUBLES SOUS-JACENTS POSSIBLES

Psychoses fonctionnelles

Les psychoses fonctionnelles peuvent être associées aux troubles suivants :

- Trouble bipolaire
- Trouble schizophrénique
- Psychose réactionnelle brève

Psychoses toxiques

- Intoxication alcoolique
- Intoxication aux stimulants
- Intoxication aux hallucinogènes
- Intoxication à la phencyclidine (PCP)

Delirium du sevrage

- Delirium du sevrage alcoolique
- Delirium du sevrage à une autre substance chimique

Troubles de la personnalité

- Personnalité limite
- Personnalité paranoïaque
- Personnalité histrionique
- Personnalité antisociale

Désordres impulsifs

- Trouble explosif
- Trouble du contrôle des impulsions

Troubles organiques

- Syndrome cérébral aigu
- Syndrome cérébral chronique
- Démence
- Délire

TRAITEMENT

Ces lignes de conduite pour la prise en charge de la violence sont valables dans la mesure où le client violent présente des troubles mentaux ou médicaux réels. Dans certains cas, la personne peut avoir un trouble de la personnalité pour lequel un traitement d'urgence n'est pas possible ou indiqué. De tels cas doivent plutôt être confiés à la police.

En dernière analyse, vous devez exercer votre propre jugement pour déterminer si vous devez intervenir auprès d'un client potentiellement violent et quand le faire. Faites confiance à vos impressions et à votre jugement. Si vous vous sentez menacé, agissez en conséquence.

Objectifs du traitement

Par ordre de priorité :

- Assurer votre propre protection, celle des autres et celle du client
- Éviter ou limiter toute explosion de violence physique
- Reconnaître et atténuer l'anxiété et la peur chez le client

Consultation

Dans la mesure du possible, il faut consulter un médecin et d'obtenir l'aide de ce dernier lorsqu'on a affaire à un client violent. Si les circonstances vous empêchent de le faire au moment critique, consultez un médecin le plus tôt possible après la crise pour discuter avec lui des mesures prises, du choix des médicaments et de la dose administrée. Il est très important d'établir le bon diagnostic lorsqu'on s'occupe d'un client violent, et la consultation d'un médecin est une partie essentielle de la prise en charge.

Interventions non pharmacologiques

Prévention

Envisagez d'établir d'avance un protocole d'intervention en cas de crise :

- Si les circonstances le permettent, demandez de l'aide avant d'intervenir auprès du client.
- Sachez vous servir des moyens physiques approuvés pour immobiliser le client ou pour vous défendre.
- Apprenez à bien connaître les voies de sortie que vous devrez peut-être emprunter.
- Ne mettez à la portée des clients aucun objet pouvant être utilisé comme arme (par exemple, ciseaux, scalpels, coupe-papier).

Essayez si possible d'anticiper le problème de comportement et de vous y préparer en prenant en note les éléments suivants :

- Changements dans la personnalité du client
- Indices tels qu'une intensification de la violence verbale, une tension posturale, des expressions faciales, le ton de la voix et une attitude belliqueuse
- Antécédents de comportement violent, agressif, meurtrier ou suicidaire ou menaces de porter atteinte à sa propre vie ou à celle d'autrui
- État d'intoxication ou altération des facultés par l'abus de drogues ou antécédents de toxicomanie
- Agitation extrême, appréhension ou marche de long en large
- Toute intervention ou mesure déjà utilisée pour calmer le client et qui s'est révélée efficace.

Il est toujours préférable de prévoir et de prévenir le comportement violent.

Lignes de conduite à suivre en cas de situation critique

Si vous avez des craintes, essayez de ne pas voir le client seul. Évitez aussi de vous tenir trop près de lui, ce qu'il pourrait percevoir comme un envahissement de son espace personnel, car cela pourrait aggraver le problème. Gardez la porte ouverte et veillez à ce que l'accès à la porte, pour vous-même et pour le client, reste libre; ainsi, vous pourrez, l'un ou l'autre, quitter la pièce si la situation vous semble dangereuse.

Refusez de voir le client s'il a en sa possession une arme quelconque. Demandez de l'aide.

N'hésitez pas à appeler la police si le client devient trop menaçant.

Ne discutez pas avec le client et ne portez atteinte d'aucune façon à son estime de soi.

Ne menacez pas de recourir à la force à moins de pouvoir le faire sur-le-champ.

Abordez le client calmement et doucement, de manière professionnelle, confiante et amicale. Soyez le plus détendu et le plus rassurant possible.

Utilisez des méthodes de communication non verbales pour calmer le plus possible le client, notamment le respect des limites de l'espace personnel, la fermeté, le ton de la voix et le contact oculaire. Il est important d'observer et d'évaluer l'effet de ces méthodes, car ce qui peut apaiser ou calmer un client peut produire l'effet inverse sur un autre. Des tentatives de ramener un client à la raison peuvent même, dans certains cas, accroître son agitation.

Montrez-vous intéressé par les doléances, les craintes ou les soupçons du client. Accueillez ces témoignages sans signifier votre accord ou votre désaccord. Faites comprendre à la personne que vous cherchez à l'aider à résoudre son problème.

Tentez de déterminer les motifs de la colère ou de la violence et réagissez en conséquence. Soyez à l'affût de signes de troubles cérébraux organiques, d'abus de substances intoxicantes, de tentatives de suicide (comme des cicatrices aux poignets) ou de bagarres ainsi que de la présence d'une arme.

Ne répondez pas à la colère par la colère. Adoptez une attitude non menaçante, non punitive et non critique. Évitez de réagir aux insultes ou aux propos violents et de considérer que vous êtes personnellement visé par ces propos.

Mesures de contention

Les mesures de contention et l'hospitalisation forcée sont régies par des ordonnances respectives de la province ou du territoire. Il faut consulter ces textes de loi et chercher à bien comprendre leurs possibles répercussions. Lorsqu'on a recours à des moyens de contention contre une personne ou lorsqu'on la force à subir un traitement contre son gré en employant des moyens qui ne sont pas prévus par la loi, on s'expose à des poursuites civiles et on peut être accusé de voies de fait.

Si les médicaments sont contre-indiqués, inappropriés ou insuffisants, et que vous jugez nécessaire de recourir à des mesures de contention, vous devez procéder de la manière suivante :

- Utilisez les moyens de contention en dernier recours lorsque vous n'arrivez pas à calmer le client par la parole ou par des méthodes de communication non verbales, et qu'il présente un danger pour lui-même ou pour les autres ou cause des dommages matériels.
- Informez le client de vos intentions en expliquant que vous aurez recours à des mesures de contention parce qu'il est incapable de se maîtriser.
- Prévoyez qu'il faut trois personnes ou plus pour assurer votre sécurité et celle du client. Cette simple *démonstration* de force peut suffire à calmer le client et éviter un véritable *recours* à la force.
- Expliquez d'avance au client le déroulement des événements et rassurez-le verbalement tout au long de l'intervention.
- Ayez un plan d'action bien défini. Déterminez clairement les tâches que doit accomplir chacun et chargez au moins une personne de contenir un membre.
- Enlevez les lunettes, les montres, les bijoux et tout autre objet pouvant être utilisé comme arme ou causer une blessure accidentelle.
- Si le client a entre les mains un objet dangereux, servez-vous d'un objet pour vous défendre (par exemple, placez un matelas devant vous ou jetez une couverture sur la tête du client).
- Couchez le client à plat ventre, si possible, de manière à limiter son rayon d'action; sinon, faites en sorte qu'il ne soit pas en équilibre.
- Ne présumez pas que votre force peut égaler celle du client. Une personne perturbée ou violente est parfois dotée d'une force étonnante.
- Placez les membres un par un dans les attaches.

- Veillez à ce que les attaches soient suffisamment serrées pour bien tenir le client sans toutefois le blesser ou bloquer sa circulation.
- Prenez garde que le client vous morde.
- Gardez votre sang-froid jusqu'au bout. Le client violent qui souffre d'un trouble mental ne sait pas nécessairement qui vous êtes ni où il se trouve. Il est peut-être terrifié et sa rage n'est pas forcément dirigée vers une personne ou un objet en particulier. Évitez surtout de vous mettre en colère et de vous sentir visé par les paroles ou les gestes du client perturbé. Rappelez-vous également qu'il se souviendra probablement de ce qui a été dit pendant la crise. Vous devez en tout temps conserver une attitude professionnelle dans vos propos et dans vos gestes.

Moyens de contention et leur application

On utilisera des sangles de poignets et des sangles de chevilles de préférence à une camisole de Posey en raison des risques de strangulation associés à celle-ci. Les attaches de poignets et les attaches de chevilles :

- Se posent facilement
- Nécessitent l'intervention de trois personnes ou plus
- Devraient être installées lorsque le client est à plat ventre.

Lors de l'immobilisation, les bras du client doivent être étirés le long du corps et être assujettis à la civière ou au lit. Les jambes doivent être allongées. On prendra garde de ne pas recevoir de coups de pied.

Interventions pharmacologiques

Envisagez d'administrer un sédatif au client si vous jugez qu'une telle mesure est indiquée parce que le client est dangereux pour lui-même ou pour d'autres ou parce qu'il risque de causer des dommages matériels, ou encore, de quitter les lieux sans avoir reçu un traitement adéquat. *Dans la mesure du possible, consultez d'abord un médecin. Sinon, administrez du :*

lorazépam (Ativan) (**médicament de classe D**), 1 mg PO ou 1-2 mg IM

N'utilisez pas de benzodiazépines, comme le lorazépam, à une personne qui présente une intoxication alcoolique aiguë, car ces médicaments peuvent potentialiser l'effet dépresseur de l'alcool sur la fonction respiratoire.

Surveillance d'un client ayant reçu un médicament ou faisant l'objet de mesures de contention

Après l'application des mesures de contention

- Vérifiez souvent la circulation distale.
- Enlevez au client tout objet potentiellement dangereux (bijoux, lunettes, ceinture, chaussures, allumettes et contenu des poches).
- Assurez-vous que le client n'a pas d'arme cachée dans les mains (par exemple de petits objets tranchants, comme des éclats de verre, qu'il aurait saisis pendant l'application des mesures de contention).
- Vérifiez régulièrement si le client a soif ou faim ou doit faire ses besoins.
- Aidez le client à se laver et à faire sa toilette.

Autres aspects de la surveillance

Soyez à l'affût des effets secondaires des psychotropes et expliquez-les au client.

Évaluez de manière suivie la maîtrise de soi du client et sa capacité de bien se comporter.

Enlevez les dispositifs de contention lorsque le sédatif a agi ou que le client s'est calmé.

Dégagez un membre à la fois, en utilisant les mêmes précautions que lors de l'application des moyens de contention.

Soyez à l'affût de toute recrudescence du comportement violent.

Si un client violent est confiné dans une chambre d'isolement, une fois les dispositifs de contention enlevés :

- Prenez, en sortant de la pièce, autant de précautions que vous le feriez pour vous approcher du client.
- Ne laissez pas le client vous barrer l'accès à la porte.
- N'entrez jamais seul dans la pièce.
- Rendez souvent visite au client pour maintenir un contact humain et un contact avec la réalité.
- Avertissez toujours la personne de vos intentions lorsque vous pénétrez dans la pièce.
- Prenez garde aux ustensiles et aux liquides chauds en servant les repas.
- Ne laissez pas dans la pièce des objets qui pourraient être dangereux.

Orientation vers d'autres ressources : hospitalisation et évacuation médicale

La décision d'hospitaliser ou non un sujet dans un hôpital local, de le traiter en clinique externe ou de l'orienter vers un hôpital psychiatrique dépend de plusieurs facteurs et devrait, il va sans dire, être prise de concert avec un médecin qualifié, de préférence, un psychiatre.

SEVRAGE ALCOOLIQUE

DÉFINITION

Syndrome qui se manifeste chez une personne qui cesse de boire ou qui réduit sa consommation d'alcool après avoir bu pendant plusieurs jours ou plus longtemps. La plupart des personnes qui ont une dépendance à l'alcool éprouvent leurs premiers symptômes de sevrage après 10 à 15 ans de consommation. Les symptômes se manifestent dans les 3 à 6 heures qui suivent l'arrêt ou la réduction de la consommation et peuvent durer de 2 à 3 jours. La malnutrition, la fatigue, la dépression ou une maladie physique peuvent aggraver les symptômes.

Parmi les symptômes figurent un tremblement accusé des mains, de la langue et des paupières et au moins une des manifestations suivantes :

- Nausées et vomissements
- Malaise or faiblesse
- Hyperactivité neurovégétative (tachycardie, sudation abondante et élévation de la tension artérielle)
- Anxiété
- Humeur dépressive ou irascibilité
- Hypotension orthostatique

SYMPTÔMES ASSOCIÉS

- Maux de tête et sécheresse de la bouche
- Visage souvent bouffi et couperosé
- Léger œdème périphérique, dans certains cas
- Gastrite
- Sommeil agité
- Perceptions erronées et illusions
- Dans certains cas, brèves hallucinations peu élaborées (d'origines sensorielles diverses)

De 5 à 10 % des cas de sevrage alcoolique s'accompagnent de convulsions importantes. On observe généralement une ou deux crises épileptiques tonicocloniques dans les 48 premières heures.

Les personnes ayant des antécédents d'épilepsie sont prédisposées aux crises convulsives lors du sevrage alcoolique.

Les symptômes du sevrage alcoolique peuvent évoluer vers le delirium tremens *(voir la section « Delirium du sevrage alcoolique », plus loin dans ce chapitre)*.

TRAITEMENT

Consultation

Consultez si possible un médecin avant d'administrer des médicaments.

Interventions non pharmacologiques

- Repos accru
- Hydratation et nutrition : régime riche en protéines et en glucides et apport liquidien suffisant
- En cas de symptômes modérés ou sévères, il peut être nécessaire d'administrer au client un soluté physiologique par voie intraveineuse, selon l'ampleur des symptômes et le degré de déshydratation. Réglez le débit de perfusion de manière à prévenir la déshydratation ou à y remédier (*pour en savoir plus long, voir la rubrique « Déshydratation (Hypovolémie) », plus loin dans ce chapitre*).

Soutien psychologique au client qui présente des symptômes modérés ou sévères

- Adoptez une attitude calme et ferme face à un client exigeant ou fantasque (*voir la section « Client violent ou très agité » plus haut dans ce chapitre*)
- La présence d'une personne qui peut réconforter le client contribue à réduire l'anxiété et l'agitation ainsi que les risques.
- Les distractions et la conversation aident à détourner l'attention du client de ses symptômes.
- Un environnement tranquille et calme contribue à réduire l'irascibilité et favorise le repos.
- On peut rassurer le client en proie à des hallucinations et à des perceptions erronées en lui faisant prendre conscience de la réalité et en lui indiquant que ses perceptions erronées sont des symptômes du sevrage. Il faut éviter de contester ou de valider les perceptions erronées.

Interventions pharmacologiques

Symptômes légers

Administrez au besoin un sédatif :

chlordiazépoxide (Librium) (**médicament de classe D**), 10 mg PO

ou

lorazépam (Ativan) (**médicament de classe D**), 1 mg SL

Symptômes modérés ou sévères

Un traitement pharmacologique en consultation externe présente des risques étant donné que l'alcoolique peut mélanger l'alcool et le médicament ou « partager » inconsidérément ses médicaments avec d'autres personnes de son milieu. Il faut faire preuve de prudence à cet égard à moins que le client puisse être surveillé de près.

chlordiazépoxide (Librium) (**médicament de classe D**), 25 mg PO (trois doses en moyenne)

thiamine (Betaxin) (**médicament de classe D**), 100 mg IM par jour pendant 3 jours

Surveillance et suivi

Surveillez l'état du client en tâchant de déceler tout signe de convulsions.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Évacuation médicale. La désintoxication doit se dérouler dans un cadre où l'on peut surveiller la consommation de médicaments (le cas échéant), assurer une sécurité maximale et observer les signes de convulsions alcooliques ou de delirium tremens *(Voir la section « Delirium du sevrage alcoolique » plus loin*).

DELIRIUM DU SEVRAGE ALCOOLIQUE

Le delirium du sevrage alcoolique est également appelé « delirium tremens ».

Ce trouble se distingue du sevrage alcoolique par la présence de symptômes du délire (*Voir aussi la rubrique « Sevrage alcoolique » plus haut*).

Le delirium tremens doit être considéré comme une urgence médicale.

DÉFINITION

Il s'agit d'une réaction psychotique aiguë d'origine organique, accompagnée de délire et qui peut être mortelle. Ce trouble est attribuable aux effets toxiques cumulatifs d'une consommation excessive d'alcool et de carences nutritionnelles chroniques pendant une période prolongée (5 à 15 ans). Il est le plus souvent déclenché par l'arrêt ou une réduction de la consommation d'alcool. Il peut aussi être associé à une infection aiguë ou à une lésion, à la déshydratation ou à un traumatisme affectif chez une personne qui continue de boire.

ÉVOLUTION

Les symptômes se manifestent généralement deux ou trois jours après l'arrêt ou la réduction de la consommation d'alcool, mais parfois plus tôt.

Les signes cliniques apparaissent rapidement et fluctuent au cours de la journée. On observe souvent une aggravation des symptômes la nuit.

Le syndrome dure habituellement de 2 à 5 jours, mais peut persister pendant plusieurs semaines selon la personnalité du sujet avant sa maladie, son état de santé, la gravité des complications ainsi que la rapidité et la rigueur du traitement.

SIGNES ET SYMPTÔMES

- Hyperactivité neurovégétative : tachycardie, sudation abondante et tension artérielle élevée
- Possible fièvre

Delirium

- Obnubilation de la conscience (obscurcissement de la conscience de l'environnement), désorientation, confusion, distractibilité
- Troubles de la mémoire, amnésie pendant la période de delirium. Troubles de la perception : illusions, idées délirantes et hallucinations, généralement terrifiantes
- Les hallucinations sont le plus souvent visuelles, mais elles peuvent aussi toucher d'autres sens. Le sujet est souvent influençable (par exemple, il acceptera un verre imaginaire).
- Nervosité, agitation, irascibilité, anxiété, pouvant conduire à un état de panique (ou à l'autre extrême, ralentissement psychomoteur)
- Discours parfois incohérent et décousu. Le débit peut être précipité ou lent.
- Perturbation du cycle veille-sommeil
- Tremblements accusés et irréguliers, surtout des mains
- Perturbations de l'affect : crainte, anxiété, état dépressif, colère, euphorie et labilité émotionnelle.
- Comportements autodestructeurs dans certains cas
- Des crises tonico-cloniques (grand mal) *précèdent* toujours l'apparition du delirium.

TRAITEMENT

Évaluez et stabilisez l'ABC (voies respiratoires, respiration et circulation) et traitez les convulsions d'abord, s'il y a lieu (*Voir la section « État de mal épileptique (Crise de grand mal aiguë) » dans le chapitre 8, « Système nerveux central »*).

Consultation

Consultez un médecin dès que possible.

Interventions non pharmacologiques

Hydratation et nutrition

- Veillez à assurer un apport liquidien important si le client est éveillé, ses voies respiratoires sont dégagées et si le réflexe pharyngé est présent.
- Commencez à administrer un soluté physiologique par voie intraveineuse, s'il y a lieu.
- Réglez le débit de perfusion selon l'état d'hydratation du client.
- Offrez des aliments riches en protéines et en glucides et faibles en gras (prévoyez des repas légers et fréquents).

Orientation

- Veillez à ce que la pièce soit bien éclairée pour éviter que le client ne soit perturbé par des ombres (utilisez une veilleuse le soir).
- Expliquez au client où il se trouve et ce qui se passe.
- La présence d'un environnement familier ou d'une personne connue est souvent utile.

Soulagement de l'anxiété

- Adressez-vous au client calmement et avec fermeté.
- Permettez-lui d'avoir une certaine maîtrise sur son environnement en l'autorisant à bouger tout en respectant certaines limites de sécurité.
- Rassurez-le et orientez-le avec douceur. Prévenez-le de tout soin infirmier à venir.
- Veillez à éliminer au maximum les sources de stimulation dans l'environnement (la pièce doit être calme et dégagée, loin de toute activité extérieure).

Hallucinations, idées délirantes et illusions

- Évitez de contester les perceptions erronées; évitez également de les valider ou de les appuyer.
- Rassurez doucement le client en lui montrant que votre présence est bien réelle, mais ne vous attendez pas à ce qu'il l'admette.
- Avertissez le client avant de le toucher. Il peut être surpris et effrayé par un contact tactile et réagir violemment pour se protéger.
- Sachez que le client réagira aux idées délirantes et aux hallucinations comme si elles étaient réelles.
- Évitez les conversations à voix basse à portée de voix du client car il pourrait les percevoir comme menaçantes. Si vous avez peur du client, demandez de l'aide car les clients sont souvent sensibles aux craintes et à l'anxiété d'un intervenant.

Repos

- Veillez à assurer au client un environnement calme et tranquille.
- Administrez tôt un sédatif. N'attendez pas que l'agitation ait atteint un seuil critique.
- Interdisez les visites à l'exception de celles d'amis ou de membres de la famille qui peuvent apaiser le client.
- Lavez le malade à l'éponge ou frictionnez-lui le dos pour l'aider à se détendre.

Sécurité

- Assurez une surveillance constante.
- N'ayez recours à la contention qu'en cas d'absolue nécessité (*Voir la partie sur le recours à la contention physique dans la section « Client violent ou très agité » plus haut dans ce chapitre*).
- Enlevez tout objet dangereux.
- Abordez le client calmement et avec fermeté.
- Demandez de l'aide en cas de difficultés. Même lorsqu'il délire, le client réagira souvent à une démonstration de force.

Interventions pharmacologiques

Sédatifs :

chlordiazépoxide (Librium) (**médicament de classe D**), 25 mg PO

ou

diazépam (Valium) (**médicament de classe D**), 5-10 mg IV

ou

diazépam (Valium) (**médicament de classe B**), par voie orale (après consultation d'un médecin)

En cas d'hallucinations et d'idées délirantes, consultez un médecin avant d'administrer les médicaments suivants :

halopéridol (Haldol) (**médicament de classe B**), 2-5 mg IM toutes les 4-8 h au besoin

et

thiamine (Betaxin) (**médicament de classe D**), 100 mg IM par jour pendant 3 jours

Surveillance et suivi

- Souvent, l'état de santé physique du client laisse à désirer et il peut être nécessaire de soigner des problèmes de santé concomitants.
- Prenez note de ses signes vitaux toutes les 15 min jusqu'à ce qu'ils soient stables.
- Vérifiez toutes les heures l'apport liquidien et le débit urinaire. Il faut prendre soin de ne pas surcharger l'organisme.
- Gardez le client sous étroite surveillance *(Voir la section « Client violent ou très agité » plus haut dans ce chapitre*).
- Parce qu'il est anxieux et désorienté et que son jugement est altéré, le client risque d'avoir un comportement impulsif destructeur.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Évacuation médicale. On recommande l'hospitalisation pour s'assurer que le malade est en sécurité et bien encadré, bénéficie d'un traitement médical complet et ne consomme pas d'alcool.

TROUBLES AFFECTIFS

DÉFINITION

Perturbation de l'humeur, généralement récurrente, associée à un épisode maniaque complet ou partiel ou à un syndrome dépressif majeur, attribuable à aucun autre trouble physique ou mental.

TYPES

Trouble bipolaire : Le syndrome caractéristique, soit maniaque soit dépressif, est complet.

Dépression majeure

Autres troubles affectifs spécifiques et troubles affectifs atypiques : Le syndrome est soit incomplet soit atypique par sa gravité ou sa durée.

- Trouble schizo-affectif
- Trouble dysthymique (névrose dépressive)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'UN ÉPISODE MANIAQUE

Au moins une période au cours de laquelle l'humeur est essentiellement exaltée, expansive ou irascible, et qui dure au moins une semaine.

Présence d'au moins trois des signes ou symptômes suivants :

- Hyperactivité, agitation, participation excessive à de multiples activités, augmentation de l'activité (sociale, professionnelle ou sexuelle)
- Logorrhée (le sujet est plus volubile que d'habitude et est apparemment incapable de s'arrêter de parler); le sujet parle fort, son débit est rapide et son discours est difficile à déchiffrer.
- Fuite des idées (les idées se succèdent avec une grande rapidité, association d'idées libres)
- Grande estime de soi, idées de grandeur (pouvant aller jusqu'au délire)
- Diminution du besoin de sommeil, énergie excessive
- Distractibilité (manifeste dans le discours ou les activités)
- Altération du jugement (par exemple, frénésie d'achats, écarts de conduite sexuels, investissements téméraires, comportement inhabituel)

On n'observe ni comportement bizarre, ni idées délirantes, ni hallucinations avant l'apparition du syndrome ou après la rémission.

Le trouble n'est attribuable à aucun trouble mental organique, comme une intoxication quelconque ou la sclérose en plaques.

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA DÉPRESSION MAJEURE

Au moins un épisode d'humeur dysphorique ou perte d'intérêt ou de plaisir à l'égard de tous ou de presque tous les passe-temps et activités habituels, au point d'empêcher le sujet de fonctionner normalement ou de le plonger dans la détresse. L'humeur dysphorique se traduit par la dépression, la tristesse, le désespoir et l'irritabilité. Le trouble de l'humeur doit être dominant, envahissant et relativement persistant.

Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents presque tous les jours pendant au moins deux semaines :

- Modification de l'appétit ou changement de poids (perte ou gain)
- Insomnie à n'importe quel stade du sommeil, mais surtout le matin
- Besoin exagéré de sommeil (hypersomnie)
- Agitation psychomotrice (incapacité de rester assis, marcher de long en large, se tordre les mains) ou ralentissement psychomoteur (élocution lente, pauses prolongées avant de répondre aux questions, ton bas et débit monotone, ralentissement des mouvements, discours peu abondant)
- Perte d'intérêt ou de plaisir sexuel, baisse de la libido
- Perte d'énergie
- Fatigue
- Sentiment de dévalorisation, auto-accusation, sentiment excessif ou indu de culpabilité (pouvant aller jusqu'au délire)
- Le sujet se plaint ou montre des signes d'une diminution de la capacité de réfléchir ou de se concentrer (ralentissement de la pensée, indécision). Idées récurrentes de mort ou de suicide, désir de mourir ou tentative de suicide.

Absence de comportement bizarre et d'humeur inappropriée (disparité entre l'humeur et le contenu des idées délirantes ou des hallucinations)

La dépression majeure n'est pas attribuable ou associée à la schizophrénie, à un trouble paranoïaque, à un trouble mental organique, à un deuil non compliqué, à une maladie infectieuse, à l'hypothyroïdie, à l'usage de substances comme la réserpine, à une alcoolodépendance ou à un autre trouble mental chronique.

C'est l'intensité et la durée des symptômes qui distinguent la dépression majeure d'autres troubles périodiques de l'humeur plus chroniques et moins sévères (*Voir la rubrique « Trouble dysthymique (Névrose dépressive) » plus loin*).

Caractéristiques des états dépressifs selon l'âge

Enfants prépubères

- Le comportement (attitude de repli sur soi, expression faciale) peut être révélateur de l'existence d'un trouble de l'humeur.
- L'humeur doit avoir persisté pendant 3 à 4 semaines.
- Le poids de l'enfant peut ne pas avoir augmenté comme il le devrait, sans nécessairement diminuer.
- On peut observer un ralentissement psychomoteur qui se manifeste par de l'hypoactivité.
- Il peut y avoir une modification de l'humeur : apathie, solitude, maussaderie, irascibilité, pleurs.

Adolescents

- Chez l'adolescent, le trouble de l'humeur peut se manifester par du négativisme ou un comportement carrément antisocial.
- Souvent, le sujet est d'humeur maussade, est réticent à participer aux activités familiales et se retire dans sa chambre.
- La perte de confiance en soi, la perte d'intérêt, les troubles somatiques et l'expression de tristesse ou de désespoir sont fréquents chez les adolescents comme chez les adultes.
- Les difficultés scolaires sont fréquentes.
- Il arrive que l'adolescent soit particulièrement sensible au rejet.

Sujets âgés

- La désorientation, l'amnésie, la distractibilité, l'apathie et les difficultés de concentration peuvent être des signes de démence ou de dépression majeure.
- En cas de doute, il convient de traiter le trouble comme s'il s'agissait d'une dépression et de considérer l'absence de réponse au traitement comme un autre indice de démence.

TROUBLES BIPOLAIRES

Un trouble affectif majeur dit « bipolaire » peut être essentiellement maniaque, dépressif ou mixte.

Prévalence

- Les troubles bipolaires touchent moins de 2 % de l'ensemble de la population.
- Les hommes et les femmes sont également touchés.
- L'évolution des troubles bipolaires majeurs est variable.
- Parfois, les épisodes sont séparés par de nombreuses années de fonctionnement normal.
- Dans certains cas, les épisodes se succèdent.
- Dans de 20 à 35 % des cas, on observe une altération chronique du fonctionnement social et professionnel.
- Souvent, les épisodes sont déclenchés par l'exposition à un facteur de stress psychosocial.

Symptomatologie

- Le client a déjà eu au moins un épisode maniaque.
- L'état du sujet, s'il est dépressif, répond aux critères d'un épisode dépressif majeur.

Âge de survenue

- Le premier épisode maniaque survient généralement avant l'âge de 30 ans, le second au début de la cinquantaine.
- La dépression majeure peut se manifester à tout âge, même pendant l'enfance.

Évolution des épisodes maniaques

- Les épisodes surviennent généralement de manière soudaine.
- Les symptômes s'aggravent rapidement en quelques jours.
- Un épisode dure de quelques jours à plusieurs mois.
- La plupart des sujets qui vivent des épisodes maniaques connaîtront un jour ou l'autre un épisode de dépression majeure.
- Dans le trouble bipolaire, le premier épisode est souvent de type maniaque.

Évolution des épisodes dépressifs

- Les premières manifestations sont variables.
- Les symptômes évoluent sur une période allant de quelques jours à plusieurs semaines, mais peuvent apparaître de manière soudaine.
- Les symptômes prodromiques (anxiété, phobies, dépression légère) peuvent durer plus longtemps.
- Environ la moitié des personnes qui vivent un épisode dépressif majeur en connaîtront ultérieurement un autre.

TROUBLE DYSTHYMIQUE (NÉVROSE DÉPRESSIVE)

Définition

Trouble chronique de l'humeur caractérisé par une humeur dépressive ou par une perte d'intérêt ou de plaisir, mais dont l'intensité et la durée ne correspondent pas aux critères d'un épisode dépressif majeur.

Prévalence

- Ce trouble est répandu; il toucherait à un moment ou l'autre de leur vie jusqu'à 25 % des gens au point de justifier une intervention clinique.
- Dans la population adulte, il est plus répandu chez les femmes; chez les enfants et les adolescents, il touche également les filles et les garçons.

Critères diagnostiques du trouble dysthymique

Humeur dépressive presque constante accompagnée de symptômes caractéristiques d'un syndrome dépressif, mais moins sévères que ceux de l'épisode dépressif majeur.

Les manifestations durent depuis au moins deux ans, sont relativement persistantes ou intermittentes, et peuvent être séparées par des périodes d'humeur normale de quelques semaines, mais jamais de plus de quelques mois à la fois.

Chez les enfants et les adolescents, les symptômes doivent durer depuis une année.

Au cours des périodes dépressives, on observe au moins deux des symptômes suivants :

- Insomnie ou hypersomnie
- Baisse d'énergie ou fatigue chronique
- Sentiment d'inutilité, perte de l'estime de soi ou dévalorisation de soi
- Diminution de l'efficacité ou du rendement à l'école, au travail ou à la maison
- Difficulté à se concentrer ou à réfléchir clairement
- Repli sur soi
- Diminution des sources de plaisir; perte d'intérêt pour les activités habituelles
- Irritabilité ou colère excessive
- Incapacité d'accueillir avec plaisir les éloges ou les récompenses
- Baisse du niveau d'activité; attitude pessimiste, tendance à broyer du noir et à s'apitoyer sur son sort
- Attitude craintive ou larmoiements
- Idées récurrentes de mort ou de suicide

Absence de caractéristiques psychotiques telles que : idées délirantes, hallucinations, incohérence ou relâchement des associations d'idées.

C'est l'intensité de l'humeur dépressive et ses conséquences sur le fonctionnement qui distinguent celle-ci de l'humeur habituelle du sujet.

Ce trouble peut être associé ou attribuable à un trouble mental chronique, à un trouble de la personnalité ou à un trouble mental organique.

Symptomatologie

Âge de survenue

- Débute généralement au début de l'âge adulte.
- Peut se manifester à tout âge.
- Peut suivre un épisode de dépression majeure.

Évolution du trouble dysthymique

- Débute généralement de façon très progressive.
- Il s'agit d'un trouble chronique.

AUTRES TROUBLES OÙ L'ON RETROUVE DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

Dans un certain nombre de troubles mentaux et chez certains sujets normaux qui vivent des périodes de stress, on observe certains symptômes comme la tristesse, l'appréhension et le désespoir. C'est l'intensité, la durée et les effets incapacitants de ces symptômes qui permettent de déterminer s'ils révèlent un trouble mental réel.

Deuil non compliqué

- Possibles signes et symptômes d'un syndrome dépressif caractérisé
- La culpabilité que peut éprouver le sujet concerne essentiellement ses actions ou omissions.
- Le sujet peut penser qu'il aurait dû mourir avec la personne décédée.
- Le sujet considère son humeur dépressive comme normale.
- La réaction n'est pas nécessairement immédiate, mais elle survient rarement après les deux ou trois mois qui suivent le décès.
- La durée d'un deuil « normal » varie sensiblement d'une culture ou d'une sous-culture à l'autre. Ce sont les membres du même groupe qui peuvent déterminer si un deuil est anormalement long, intense ou incapacitant.
- Un sentiment morbide d'inutilité, une altération prolongée et marquée du fonctionnement et un ralentissement psychomoteur prononcé donnent à penser qu'il s'agit d'une dépression majeure plutôt que d'un simple deuil.

Traitement

Expliquez à la personne endeuillée les étapes du deuil considérées comme normales ou couramment observées, soit la colère, le désespoir, la culpabilité, la dépression et l'acceptation.

Laissez-lui le temps de vivre sa peine et ne la forcez pas à accepter le décès. Cette étape peut durer un an ou deux. Il faut permettre à la personne de parler du décès et des sentiments qu'elle éprouve et même l'encourager à le faire.

Les membres de la famille ne franchiront pas nécessairement les diverses étapes du deuil au même rythme, ce qui peut susciter des réactions chez certains. L'attitude des uns peut déranger les autres. Il peut y avoir une volonté de se protéger les uns les autres contre la douleur. Certains membres peuvent se sentir coupables d'aimer d'autres personnes ou d'apprécier leur compagnie ou encore d'avoir du plaisir alors que d'autres membres de la famille ont encore du chagrin.

Le sujet peut éprouver de la culpabilité pour diverses raisons, notamment des problèmes du passé qui n'ont pas été réglés, le fait d'avoir survécu à l'être cher ou encore d'avoir du plaisir. De même, la colère est une réaction courante qui tient à ce que la vie continue pour les autres.

On note souvent une tendance à idéaliser la personne décédée, ce qui peut créer des problèmes pour d'autres membres de la famille, surtout le parent survivant qui ne soutient pas nécessairement la comparaison avec le parent décédé.

Souvent, la personne endeuillée prend soudainement conscience de sa propre condition de mortel, ce qui accentue son sentiment d'insécurité.

On pourrait avertir la personne endeuillée du phénomène de la « crise de rappel », qui survient lors de l'anniversaire du décès, où le sujet revit la douleur de la perte un an plus tard. C'est une expérience normale qui peut permettre à la personne de surmonter un deuil mal assumé.

Il faut éviter de remettre en question les croyances de la personne concernant la vie après la mort. Il ne faut pas non plus essayer de lui imposer une croyance quelconque. On devrait tout simplement la conforter dans ses croyances si elles lui apportent un réconfort.

Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive

- Le trouble apparaît dans les trois mois qui suivent la survenue d'un facteur de stress psychosocial identifiable.
- La mésadaptation se traduit soit par une altération du fonctionnement social ou professionnel ou par des symptômes exagérés par rapport à la réaction normale et prévisible à ce facteur de stress.
- Le trouble se manifeste comme un épisode isolé.
- Le trouble finit par se résorber après la disparition du facteur de stress.

Traitement

Services de counselling, notamment :

- Expliquer à la personne sa réaction en insistant sur son caractère passager
- Mobiliser les sources naturelles de soutien (famille, amis)
- Promouvoir un sentiment de compétence réaliste
- Mobiliser les ressources et les forces du sujet

Évaluation du risque suicidaire (*Voir la section « Comportement suicidaire » plus loin*)

TRAITEMENT DES TROUBLES AFFECTIFS

Épisode maniaque (trouble bipolaire)

Interventions non pharmacologiques

La prise en charge d'un client qui présente un trouble affectif en phase maniaque est souvent difficile, éprouvante et stressante pour toutes les personnes concernées, à savoir le client, sa famille et l'intervenant professionnel. La personne en phase maniaque est rarement consciente de la perturbation de son humeur et se sent mieux que jamais. Elle refuse de reconnaître qu'elle a besoin d'un traitement, surtout si celui-ci aura pour effet d'atténuer son état d'euphorie ou de limiter sa liberté d'action.

Le client qui vit un épisode maniaque est habituellement contraint de consulter un professionnel de la santé par des membres de sa famille ou par des policiers. En règle générale, il se montre hostile, agité et parfois belliqueux. Il tentera de camoufler son état d'exaltation et ses idées de grandeur pour se donner une apparence normale et aura tendance à rationaliser ou à nier son comportement symptomatique. Il convient d'attacher beaucoup d'importance aux témoignages de la famille et d'autres personnes ayant été en contact avec le sujet avant de poser un diagnostic et de prendre une décision concernant le traitement et la prise en charge de l'intéressé.

L'intervenant doit se montrer réceptif mais ferme. Il doit comprendre que le client a peur et est prêt à tout ou presque pour se défendre contre toute atteinte, réelle ou perçue, à son estime de soi.

Il faut éviter de réagir aux attaques du client qui cherche à se défendre. Le professionnel doit reconnaître la source de la colère qui anime le client, faire preuve de compréhension et réagir calmement. Une telle réaction rassurera le client en lui faisant comprendre qu'il n'a pas à craindre une contre-attaque de la part du professionnel.

Par sa fermeté, le professionnel fait comprendre au client que des mesures de contrôle externes seront utilisées s'il est incapable de se maîtriser ou de dominer ses impulsions. À ce stade, il est possible que le client mette à l'épreuve la détermination du professionnel.

Au début de la prise en charge, il est souvent nécessaire de faire appel à d'autres membres du personnel ou à des policiers qui seront en mesure de maîtriser et de contenir le client. Il ne faut pas hésiter à demander du renfort *(Voir la rubrique « Client violent ou très agité » plus haut*).

Consultation

Dans la mesure du possible, consultez un médecin avant d'administrer tout médicament.

Interventions pharmacologiques

Il est essentiel de recourir aux médicaments pour mettre fin aux comportements déréglés, atténuer le stress et traiter le trouble sous-jacent. On commence par administrer un tranquillisant majeur :

lorazépam (Ativan) (**médicament de classe D**), 1 mg SL ou 2-4 mg IM

Dans les cas graves, il peut être nécessaire d'administrer un neuroleptique antipsychotique (*mais vous devez d'abord consulter un médecin) :*

halopéridol (Haldol) (**médicament de classe B**), 0,5-5,0 mg PO bid ou tid au besoin ou 2-5 mg IM toutes les 4-8 h au besoin

Il peut être nécessaire d'administrer également un agent antiparkinsonien afin d'atténuer les effets secondaires extrapyramidaux de l'halopéridol.

On peut aussi amorcer un traitement au carbonate de lithium, mais il importe de savoir que les effets thérapeutiques de cet agent ne commencent à se faire sentir qu'une semaine ou plus après le début du traitement. *Vous devez consulter un médecin, car il s'agit d'un médicament de classe B.*

On peut envisager un traitement prolongé d'entretien au lithium, étant donné que ce médicament s'est révélé très utile dans la prévention ou l'atténuation des épisodes maniaques ultérieurs.

Avant d'amorcer un traitement au lithium, il convient de soumettre le client aux tests diagnostiques suivants : prélèvement sanguin en vue d'une formule sanguine, d'un bilan électrolytique et d'une évaluation des fonctions rénales, hépatiques et thyroïdiennes. Une électrocardiographie devrait si possible être réalisée.

À l'occasion, de fortes doses de médicaments ne permettent pas de calmer un client très agité en phase maniaque, et ce dernier risque l'épuisement total ou présente un danger pour le personnel ou les autres malades.

Surveillance et suivi

– Assurez un suivi hebdomadaire jusqu'à ce que l'état du client soit stable; par la suite, passez à un suivi mensuel (à mesure que les symptômes s'atténuent, on peut réduire les doses de médicament, voire arrêter le traitement pharmacologique).
– Des rendez-vous de suivi à intervalles réguliers, mais très espacés, permettent d'aborder certaines questions psychologiques comme les risques de survenue d'autres épisodes et le recours nécessaire aux médicaments.
– Si le client suit un traitement prolongé au lithium, des prélèvements sanguins doivent être effectués tous les six mois en vue d'une formule sanguine, d'un bilan électrolytique et d'une évaluation des fonctions rénales, hépatiques et thyroïdiennes. Une électrocardiographie devrait si possible être réalisée tous les six mois.
– Il convient de renseigner parfaitement le client et sa famille sur le trouble bipolaire, sur les premiers signes d'un nouvel épisode maniaque et sur la marche à suivre dans pareille situation.

Orientation vers d'autres ressources médicales

– Dans la plupart des cas, il est préférable que les clients en phase maniaque soient traités dans un hôpital, où ils seront relativement encadrés et en sécurité.
– Le traitement en consultation externe présente des risques en raison de l'altération du jugement du client, de son comportement excentrique et de son humeur imprévisible.
– Il peut être nécessaire d'envisager une hospitalisation forcée (en faisant appel à un juge de paix, à un policier ou à un médecin). Il s'agit sans doute de la meilleure façon de procéder parce que le client est imprévisible et risque de changer d'avis après avoir été hospitalisé de son plein gré.

Épisode dépressif (trouble bipolaire, trouble dépressif majeur)

Consultation

Il faut toujours consulter un médecin lorsqu'on a affaire à un client dépressif.

Interventions non pharmacologiques

En règle générale, le client déprimé consulte de son propre gré, parfois sur les conseils de la famille ou d'amis. Il est habituellement disposé à collaborer avec la personne qui peut l'aider à sortir de sa détresse. Toutefois, il peut trouver humiliant d'avoir besoin de consulter. On observe cette réticence surtout chez les adolescents qui craignent d'être « fous » ou d'être perçus comme tels par leurs camarades. Ces craintes doivent être abordées directement et avec réalisme.

Dans bien des cas, on arrive à traiter les épisodes dépressifs plus légers ou la dépression situationnelle ou réactionnelle sans recourir à des médicaments. Il s'agit d'offrir au sujet un appui (professionnel ou autre), de l'aider à résoudre ses conflits, à modifier ses relations et à acquérir des attitudes et des aptitudes nécessaires pour combattre la dépression.

Interventions pharmacologiques

Le sujet atteint d'une dépression plus grave est parfois incapable d'entreprendre une psychothérapie; il convient alors de recourir aux médicaments. Pour commencer, on administre généralement comme antidépresseur un inhibiteur spécifique du recaptage de la sérotonine (ISRS) (par exemple la paroxétine [Paxil], le maléate de fluvoxamine [Luvox] ou la sertraline [Zoloft]), auquel 70 à 80 % des clients répondront bien. *Consultez un médecin qui prescrira ce genre de médicaments*.

Dans bien des cas, les effets antidépresseurs de ces médicaments ne se font pas sentir avant au moins trois semaines. Ces médicaments peuvent par ailleurs avoir des effets secondaires comme les nausées, les maux de tête et la diarrhée. Il s'agit du groupe d'antidépresseur le moins dangereux, en cas de surdose.

Les somnifères sont rarement indiqués, sauf pour de courtes périodes, étant donné que l'insomnie qui accompagne la dépression est généralement corrigée par la prise d'un antidépresseur au coucher.

Surveillance et suivi

En règle générale, on continue à prescrire des antidépresseurs pendant de 6 à 9 mois après la fin de l'épisode dépressif. Par la suite, on diminue graduellement la dose et on arrête le traitement s'il n'y a pas de signes de rechute.

Certains épisodes dépressifs ne disparaissent pas complètement, et un traitement de longue durée aux antidépresseurs peut être indiqué contre les symptômes résiduels plus légers.

Un traitement de longue durée aux antidépresseurs peut convenir aux clients qui font de nombreuses rechutes.

Le traitement d'entretien au lithium est efficace chez de nombreux sujets souffrant de dépression récurrente.

Les médicaments sont toujours prescrits dans le cadre d'une relation suivie entre le client et le professionnel. Même s'il prescrit des médicaments, le thérapeute doit quand même offrir un soutien au client, l'aider à résoudre ses problèmes psychologiques et interpersonnels et le renseigner sur la nature de ses troubles affectifs.

Orientation vers d'autres ressources médicales

La plupart des clients déprimés peuvent être traités en consultation externe. La décision d'hospitaliser un sujet dépend de divers facteurs, entre autres :

- les tendances suicidaires (*Voir la section « Comportement suicidaire » plus loin*)
- l'importance du handicap fonctionnel
- l'intensité de la souffrance
- l'existence d'un réseau de soutien familial ou communautaire
- le type de programme offert en milieu hospitalier
- les désirs du client

Trouble dysthymique

Le traitement est souvent long et les résultats sont variables.

Interventions non pharmacologiques

La démarche sera essentiellement psychothérapeutique. Les méthodes le plus couramment utilisées sont axées sur l'introspection et le soutien, ou inspirées de l'approche psycho-éducative et comportementale.

Il y a lieu d'encourager le client à réfléchir à ses comportements autodestructeurs, « dépressogènes », ainsi qu'à l'anxiété, à la culpabilité et à la colère qu'ils provoquent.

On peut enseigner au client à s'affirmer au lieu de contrôler son entourage de manière passive, à affronter la vie au lieu d'éviter les situations qu'il craint ou qu'il perçoit comme menaçantes. L'impression d'être maître de sa vie et la capacité de trouver des sources de satisfaction et d'éprouver des sentiments positifs contribuent à faire échec à l'état dépressif.

Les groupes d'entraide peuvent aider les clients souffrant de dysthymie en leur apprenant à faire face aux difficultés, avec l'appui des autres membres.

La thérapie comportementale vise à modifier spécifiquement les aspects du comportement qui entraînent des symptômes dépressifs, surtout les comportements actuels qui sont punis (dont on ne tient pas compte ou qui sont maîtrisés par la contrainte) mais aussi ceux qui sont renforcés ou encouragés (par exemple par une attention bienveillante qui favorise involontairement les symptômes dépressifs).

On trouvera au tableau 1 quelques causes possibles de la dépression et des exemples d'interventions thérapeutiques axées sur le comportement qui peuvent être offertes en consultation externe.

Tableau 1 : Causes de la dépression et approches comportementales utilisées dans le traitement des troubles dysthymiques

Problème	Traitement
Incapacité ou réticence à exprimer ses opinions ou à faire des suggestions	Apprentissage de techniques d'affirmation de soi
Indécision, mauvaise planification, difficulté à faire face au stress	Techniques de prise de décisions et de résolution de problèmes
Interactions sociales difficiles, anxiété dans les rapports sociaux, retrait social	Apprentissage d'aptitudes sociales, techniques de relaxation
Problèmes conjugaux, contrainte exercée par le conjoint	Counselling conjugal, apprentissage de techniques de communication et d'affirmation de soi
Rumination du passé, dévalorisation de soi, inquiétude	Maîtrise de soi par des méthodes cognitives, techniques d'interruption de pensées négatives
Sentiment d'impuissance, attitude défaitiste	Réapprentissage de stratégies de maîtrise de soi et d'auto-efficacité
Incapacité d'éprouver du plaisir, perte d'intérêt graduelle	Renforcement par échantillonnage des activités, reprise d'activités potentiellement gratifiantes, multiplication d'activités agréables
Perte de productivité liée au comportement	Réalisation de tâches progressives, renforcement positif

Interventions pharmacologiques

Les antidépresseurs (surtout les ISRS, comme il est indiqué plus haut) peuvent être efficaces dans le traitement des troubles dysthymiques, mais la réaction est moins prévisible et moins complète que dans le cas des troubles dépressifs majeurs. Si les symptômes s'aggravent, il convient peut-être d'essayer d'autres médicaments.

À l'occasion, *le médecin* peut prescrire un tranquillisant mineur comme le lorazépam (Ativan) pour de brèves périodes (7 à 10 jours) pour combattre les symptômes d'anxiété, de panique ou de phobie associés aux troubles dysthymiques ainsi que les comportements d'évitement et de repli sur soi qu'ils entraînent.

Une très forte proportion de clients dysthymiques acquièrent une dépendance psychologique vis-à-vis de leurs médicaments. C'est pourquoi il convient de prendre les médicaments de manière judicieuse et de tenter périodiquement d'arrêter le traitement.

Surveillance et suivi

Il est important de revoir régulièrement le client pour surveiller l'évolution de son comportement et pour le soutenir et l'encourager.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Adressez le client à un médecin qui assurera au besoin le suivi, surtout si l'intéressé prend des médicaments ou s'il ne répond pas au traitement après une période d'essai raisonnable.

TROUBLES PSYCHOTIQUES

GÉNÉRALITÉS

La psychose peut se manifester par des idées délirantes, des hallucinations, un discours incohérent, un comportement bizarre, la catatonie, le repli sur soi et la dégringolade sociale.

L'épisode psychotique peut être révélateur d'un trouble psychiatrique sous-jacent, notamment la manie, la dépression ou la schizophrénie.

Parmi les autres troubles psychotiques figurent le trouble délirant, le trouble psychotique bref et le trouble schizo-affectif.

SCHIZOPHRÉNIE

La schizophrénie est la forme la plus répandue de trouble psychotique chronique; son taux de prévalence au cours d'une vie oscille entre 0,5 et 1 %. Ce trouble est aussi répandu chez les hommes que chez les femmes. Il survient généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Il est plus répandu chez les membres de la famille de sujets atteints de schizophrénie. On observe un taux de concordance plus élevé chez les jumeaux monozogotes que chez les dizygotes. Si des facteurs génétiques interviennent dans la schizophrénie, on pense que certains facteurs non génétiques jouent également un rôle.

La schizophrénie peut débuter de manière insidieuse, ou soudaine, par une crise psychotique aiguë; toutefois, dans bien des cas, les symptômes prodromiques sont reconnus rétrospectivement.

Caractéristiques essentielles

- Présence de symptômes psychotiques caractéristiques impliquant des processus psychologiques multiples
- Détérioration du fonctionnement
- Survenue avant l'âge de 45 ans
- Durée d'au moins 6 mois

Types de troubles schizophréniques

On distingue actuellement plusieurs catégories de troubles schizophréniques qui comportent des caractéristiques psychotiques manifestes, selon la prédominance de certains symptômes. On en dénombre plus particulièrement trois :

- la forme désorganisée (également appelée schizophrénie hébéphrénique)
- la forme catatonique
- la forme paranoïde

Symptomatologie et observations physiques

Le client type présente les symptômes suivants : excitation, agitation, crainte ou hostilité (dans bien des cas), hallucinations et idées délirantes, confusion et désorganisation, vigilance et hyperactivité. L'humeur est souvent changeante et le comportement, imprévisible.

Pour commencer, déterminez si le client présente des affections qui pourraient expliquer les symptômes, ainsi que les possibles manifestations de délire ou de démence.

Vérifiez si les symptômes ne sont pas liés à la consommation de substances (intoxication ou sevrage) ou de médicaments.

Symptômes caractéristiques

Contenu de la pensée (idées délirantes et préoccupation)

- Idées de persécution : l'individu croit que d'autres personnes l'espionnent, projettent de lui faire du mal ou répandent des bruits à son sujet.
- Délire de référence : le sujet attribue un sens particulier ou inhabituel à un événement; par exemple, il croit qu'un animateur de radio s'adresse à lui personnellement.
- Diffusion de la pensée : impression que ses pensées sont communiquées au monde extérieur.
- Insertion de pensées : impression que des pensées étrangères s'infiltrent dans son esprit.
- Syndrome d'influence : impression que ses sentiments, ses impulsions ou ses actes lui sont imposés par une force extérieure.
- Autres idées délirantes à thème somatique, mégalomaniaque, religieux ou nihiliste, ou préoccupation à l'égard de certaines idées.

Cours de la pensée (Trouble du cours de la pensée)

- Discontinuité : les idées passent d'un sujet à l'autre (coq-à-l'âne).
- Discours parfois incohérent et incompréhensible.
- Discours parfois vague, trop abstrait, trop concret, répétitif ou stéréotypé.
- Création de néologismes, répétition constante d'idées (persévération), interruption du fil des idées (blocage), discours dans lequel ce sont les sons plutôt que les relations conceptuelles qui gouvernent le choix des mots, ce qui peut entraîner l'usage de rimes et de jeux de mots (association par assonances).

Perception

- Hallucinations auditives : il s'agit de la forme d'hallucination la plus fréquente. Généralement, les voix parlent directement au sujet; à l'occasion, elles lui donnent des ordres, ce qui peut mettre en danger le sujet lui-même ou autrui.
- Hallucinations tactiles : consistent généralement en des sensations d'électricité, de picotements ou de brûlure.
- Hallucinations somatiques : le sujet peut avoir l'impression que des serpents ou des insectes rampent à l'intérieur de son abdomen ou éprouver d'autres sensations internes bizarres.
- Hallucinations visuelles, gustatives et olfactives : ces formes d'hallucinations s'observent parfois dans la schizophrénie mais, en l'absence d'hallucinations auditives, elles doivent toujours évoquer la possibilité d'un trouble mental organique.

Affect

- Affect émoussé : réduction importante de l'intensité de l'expression affective.
- Affect émoussé : manque presque complet de signes d'expression affective.
- Affect inapproprié : affect en désaccord évident avec le contenu du discours ou de la pensée.

Conscience de soi

- « Perte des limites du moi » : perplexité extrême concernant l'identité propre et le sens de l'existence.
- Peut se manifester par des idées délirantes impliquant une influence exercée par une force extérieure.

Volonté

- Motivations ou intérêts inadéquats.
- Incapacité de mener à terme une activité.
- Quand le sujet doit faire un choix entre plusieurs actions, il ressent une ambivalence extrême qui mène à l'inaction.

Relations au monde extérieur

- Tendance à se couper du monde extérieur.
- Préoccupation par des idées et des rêveries égocentriques ou illogiques (le sujet « vit dans son propre univers ».
- Détachement émotionnel.

Comportement psychomoteur

- Les perturbations du comportement psychomoteur s'observent surtout dans les formes chroniques sévères et dans les formes aiguës florides du trouble.
- Position catatonique : position rigide et bizarre
- Agitation catatonique : mouvements vifs, en apparence absurdes et stéréotypés, sans rapport avec des stimuli externes
- Stupeur catatonique : le sujet semble ne pas se rendre compte de ce qui l'entoure
- Négativisme catatonique : résistance ou opposition active à toute consigne de bouger ou à toute tentative pour faire bouger
- Maniérisme, grimaces ou flexibilité cireuse (demeure passivement dans la position dans laquelle on le place).

Critères diagnostiques du trouble schizophrénique

- Au moins deux des manifestations suivantes pendant la phase active du trouble (d'une durée d'au moins un mois) :
  - Idées délirantes : le diagnostic peut être posé à la lumière de ce seul critère si les idées délirantes sont bizarres (somatiques, mégalomaniaques, religieuses, nihilistes ou liées à la persécution ou à la jalousie)
  - Hallucinations : le diagnostic peut être posé à la lumière de ce seul critère si les hallucinations consistent en des voix qui se parlent entre elles ou qui commentent le comportement du sujet.
  - Discours désorganisé : incohérence, relâchement net des associations, pensées nettement illogiques.
  - Comportement catatonique ou extrêmement désorganisé
  - Symptômes négatifs (ambivalence, affect émoussé, absence de volonté, absence de plaisir, comportement asocial, apathie)
- Détérioration du fonctionnement dans des domaines tels que le travail, les relations sociales et les soins personnels
- Le trouble dure au moins six mois (phase active d'un mois) à un moment quelconque de la vie du sujet.
- Survenue avant l'âge de 45 ans
- N'est pas attribuable à un trouble mental organique, à un retard mental, à un trouble de l'humeur, à l'abus de substances ou à une maladie.
- Les symptômes qui se manifestent avant (phase prodromique) ou après (phase résiduelle) la phase active doivent être pris en compte dans le calcul de la durée du trouble :
  - isolement social ou repli sur soi
  - incapacité de fonctionnement marquée sur le plan professionnel, scolaire ou domestique
  - comportement très bizarre (par exemple, collectionner des ordures ou stocker des aliments)
  - manque important d'hygiène et de soins apportés à sa personne
  - tendance à la digression, discours vague ou trop élaboré, prolixité circonlocutoire (discours qui ne va pas à l'essentiel) ou discours métaphorique
  - idées étranges ou bizarres, pensée magique, idées de référence, surestimation de sa propre importance
  - expériences perceptives inhabituelles (par exemple, sensation de la présence d'une force ou d'une personne qui est en réalité absente)

Évolution

- La phase active est généralement précédée d'une phase prodromique (anxiété, phobies, dépression légère). Les amis ou les proches observent souvent un changement dans la personnalité du sujet. La durée de cette phase est très variable, mais le pronostic est plus défavorable lorsque le trouble évolue lentement.
- Le début de la phase active est souvent déclenché par un trouble psychosocial.
- La phase active est habituellement suivie d'une phase résiduelle. Le tableau clinique de cette phase rappelle celui de la phase prodromique, même s'il arrive que des symptômes psychotiques persistent.
- Il est rare que le sujet retrouve pleinement le niveau de fonctionnement qu'il avait avant l'apparition du trouble. Le plus souvent, on observe des exacerbations aiguës associées à un handicap résiduel de plus en plus important entre les épisodes.

Diagnostic différentiel

- Troubles affectifs (manie et dépression)
- Psychose d'origine organique ou toxique (provoquée par les drogues ou par une maladie physique)

Traitement de la psychose aiguë

Le client qui présente une psychose aiguë ou des idées délirantes doit être installé dans une pièce où on pourra facilement l'observer mais où il sera le moins dérangé possible par le bruit et l'éclairage.

Il faut traiter au besoin la maladie sous-jacente ou les symptômes de sevrage.

Consultation

Il faut consulter un médecin avant d'administrer tout médicament.

Interventions non pharmacologiques

Pour commencer, il s'agit d'assurer sa propre sécurité, celle des autres clients et du personnel et, enfin, celle du client. Dans cette optique, il faut bien prendre en main la situation le plus tôt possible. Il est parfois nécessaire de recourir à la force pour neutraliser le malade. Dans bien des cas, on peut réussir à le calmer sans devoir recourir à la contrainte en faisant une démonstration de force, par exemple en demandant à des policiers ou à des agents de sécurité d'être présents.

Il faut veiller à ne pas aggraver la situation en laissant au client surexcité un espace physique et psychologique suffisant (surtout s'il est soupçonneux ou paranoïde). Il faut aussi réduire au minimum le niveau de bruit. Le contact oculaire peut perturber le client, car il peut être perçu comme menaçant ou agressif. Il importe de se tenir à une distance physique respectable du sujet afin d'éviter de recevoir des coups et aussi d'être perçu comme menaçant par ce dernier. Il convient d'éviter les interrogations poussées et les sujets délicats, surtout si ces éléments d'information peuvent être obtenus à partir des antécédents du sujet. Il faut éviter de mettre en doute ou d'appuyer les idées délirantes.

Si le client excité et psychotique semble sur le point de devenir violent ou de prendre la fuite, il faut éviter de lui barrer le chemin ou de se retrouver dans un lieu clos seul avec lui. Il est en effet préférable de laisser le client s'enfuir que de risquer d'être agressé. (*Voir également la section « Client violent ou très agité » plus haut*).

Interventions pharmacologiques

Les médicaments jouent un rôle essentiel dans le traitement des psychoses aiguës et la prise en charge à long terme de la schizophrénie. Ils permettent de maîtriser le comportement perturbé, d'atténuer les symptômes et de traiter le trouble proprement dit.

Dans la mesure du possible, avant d'administrer un médicament, vous devez réaliser un électrocardiogramme de référence, une formule sanguine et un examen des fonctions hépatiques.

Consultez un médecin avant d'amorcer un traitement pharmacologique.

On administre d'abord un tranquillisant majeur comme l'halopéridol (Haldol [à dose élevée]) ou la loxapine (Loxapac [à dose moyenne]), souvent en association avec une benzodiazépine comme le lorazépam.

Parmi les effets secondaires des tranquillisants majeurs figurent l'hypotension orthostatique, la sécheresse de la bouche, la vision trouble, la constipation, la somnolence et un certain nombre d'effets secondaires extrapyramidaux.

Surveillance et suivi

Il importe de surveiller régulièrement l'état mental du client (orientation, présence de symptômes psychotiques, troubles de l'humeur, idées suicidaires), son état fonctionnel, son autonomie en matière de santé, son alimentation et les effets secondaires des médicaments (acathisie, étourdissements, effets sédatifs, signes de parkinsonisme, dyskinésie tardive et hypotension orthostatique).

Orientation vers d'autres ressources médicales

Presque tous les clients atteints de psychose aiguë doivent être hospitalisés, parfois contre leur gré. Dans certains cas, on peut éviter de recourir à l'hospitalisation, surtout si le client bénéficie d'un soutien familial et communautaire solide et si les membres du personnel soignant connaissent bien le sujet, le trouble dont il souffre et l'évolution naturelle de ses rechutes et rémissions antérieures.

Hospitalisation et évacuation médicale

La décision d'hospitaliser ou non un sujet dans un hôpital local, de le traiter en clinique externe ou de l'orienter vers un hôpital psychiatrique dépend de plusieurs facteurs et devrait, il va sans dire, être prise de concert avec un médecin qualifié, de préférence, un psychiatre. Il y a lieu de prendre en considération les facteurs suivants :

- S'agit-il du premier épisode psychotique connu? Est-on sûr du diagnostic? Le sujet doit-il faire l'objet d'une observation et d'une surveillance étroites?
- Les services médicaux et non médicaux locaux ont-ils la compétence voulue pour prendre en charge les cas de schizophrénie et ce client en particulier? Le sujet a-t-il accès à un psychiatre s'il en a besoin?
- Le sujet est-il dangereux, effrayé et imprévisible en ce moment ou l'a-t-il déjà été? Dans quelle mesure respecte-t-il les directives ou prend-il ses médicaments conformément à l'ordonnance?
- Le client a-t-il besoin d'être hébergé? À quel point la famille est-elle perturbée par le sujet? Serait-il dangereux ou inapproprié de renvoyer le client dans sa famille?

Que le client soit hospitalisé de son plein gré ou contre son gré, il est très important que la famille soit tenue au courant de l'évolution de son état et qu'elle entretienne avec lui les rapports le plus étroits possible.

Hospitalisation forcée

La loi prévoit un certain nombre d'exigences qui doivent être remplies avant que l'on puisse hospitaliser une personne contre son gré. Comme ces exigences varient d'une province à l'autre, il y a lieu de consulter les textes de loi pertinents.

- Dans la plupart des cas, il faut prouver l'existence d'un risque physique avant de pouvoir hospitaliser une personne contre son gré. En outre, dans toutes les provinces, l'hospitalisation doit se faire sur la recommandation d'au moins un médecin.
- Dans la plupart des provinces, les cas d'admission forcée sont examinés par un conseil de révision ou un comité d'appel.
- Dans les collectivités où les médecins sont peu nombreux, des parents ou d'autres personnes intéressées peuvent demander un mandat pour que le sujet soit interné et évalué dans l'hôpital le plus proche. Les preuves à l'appui d'une telle demande sont généralement évaluées par un juge de paix ou un magistrat.
- Une hospitalisation forcée peut être évitée si la famille réussit à prouver qu'elle est suffisamment solidaire et forte pour convaincre le client de consentir à être hospitalisé. Il va sans dire que la famille doit être bien informée et vraiment convaincue de la nécessité d'hospitaliser le sujet.
- Le client ou le tuteur doivent être informés des démarches qu'implique une hospitalisation forcée, ainsi que des droits du client et des dispositions en matière d'appel.

Traitement d'entretien et réadaptation du schizophrène stabilisé

Interventions pharmacologiques

Dans un grand nombre de cas, il faut prévoir un traitement au long cours par des tranquillisants majeurs pour permettre une rémission complète ou partielle durable. Toutefois, comme il arrive que des clients schizophrènes soient en rémission pendant des années, voire indéfiniment, sans prendre de médicaments, et comme il est impossible de prévoir les risques de rechute après un épisode, il convient de réduire progressivement la dose et, si possible, de cesser de prescrire des médicaments au client qui connaît une rémission complète après une première crise psychotique.

La dose d'entretien ne devrait pas dépasser la dose minimale requise pour prévenir les rechutes. L'établissement de la posologie idéale nécessite une surveillance et un suivi rigoureux et prolongés, de même qu'une collaboration étroite entre le client, l'infirmière et le médecin. Même si les neuroleptiques types permettent dans bien des cas de supprimer les symptômes florides (également appelés « symptômes positifs »), il est plus difficile de venir à bout des symptômes négatifs (comme le manque d'initiative, l'absence de réaction affective ou la pauvreté des idées), et il faut souvent dans de tels cas faire appel aux neuroleptiques atypiques plus récents (comme la rispéridone, la clozapine ou l'olanzapine).

Un grand nombre de clients ne suivent pas rigoureusement leur traitement médicamenteux. Dans certains cas, le sujet peut faire une rechute parce qu'il n'a pas observé le schéma thérapeutique prescrit. On peut remédier dans une certaine mesure à ce problème en utilisant des tranquillisants majeurs injectables à action prolongée comme l'énanthate de fluphénazine (Moditen) et le décanoate de fluphénazine (Modecate), dont les effets durent environ 2 et 3 semaines, respectivement.

Un effet secondaire grave et souvent irréversible de l'administration prolongée de tranquillisants est la dyskinésie tardive, trouble neurologique caractérisé par l'apparition progressive de mouvements involontaires. Ceux-ci intéressent généralement les muscles du visage et consistent en des mouvements rythmiques involontaires des lèvres, de la mâchoire et de la langue. Il arrive aussi que les membres et le tronc soient touchés.

Dès l'apparition de ces signes, il faut envisager de réduire la dose ou même d'arrêter le traitement. Malheureusement, l'arrêt du traitement entraîne souvent une rechute. Les agents antiparkinsoniens ne sont aucunement efficaces dans ce cas, et on n'a encore trouvé aucun remède satisfaisant.

Parmi les effets secondaires des médicaments utilisés contre la schizophrénie figurent la réaction dystonique aiguë, les effets secondaires parkinsoniens et l'acathisie.

Réaction dystonique aiguë

Spasmes musculaires modérés ou violents, généralement observés aux niveaux du cou (occasionnant une inclinaison de la tête), des muscles du dos (entraînant une cambrure du dos), de la langue ou des yeux. Ces effets impressionnants et saisissants s'éliminent facilement.

Évaluez et stabilisez l'ABC (voies respiratoires, respiration et circulation). Consultez un médecin au sujet de l'administration de :

benztropine (Cogentin) (**médicament de classe B**), 2 mg IM

Effets secondaires parkinsoniens

Rigidité musculaire, tremblements, visage figé, écoulement de bave et akinésie associée. Le traitement consiste à réduire la dose de médicaments ou à administrer un agent antiparkinsonien oral comme la benztropine qui peut être prescrite à la dose de 1 à 8 mg par jour.

Acathisie

Impossibilité de rester immobile et de conserver une position. Cet effet secondaire extrêmement éprouvant ne se manifeste pas toujours par des mouvements extérieurs. Il peut être atténué de la même façon que les manifestations parkinsoniennes, mais est parfois confondu avec l'agitation due à l'aggravation du trouble schizophrénique. Il peut accroître les risques de suicide.

Surveillance et suivi

Environ les deux tiers des clients qui doivent être hospitalisés par suite d'un épisode psychotique aigu devront suivre un traitement pendant toute leur vie. Les rémissions complètes sont rares, et le plus souvent, le sujet schizophrène continue de souffrir d'une incapacité quelconque et a besoin d'une réadaptation et d'un soutien de longue durée.

Les consultations doivent être régulières et fréquentes si l'on veut éviter une nouvelle hospitalisation et surveiller l'adhésion au traitement médicamenteux, son efficacité et ses effets secondaires. Après un épisode aigu, les risques de rechute dans l'année qui suit sont de 70 % si le client ne prend pas de médicaments, mais seulement de 30 % si le régime thérapeutique est respecté. C'est souvent l'infirmière qui est la personne la mieux placée pour surveiller l'adhésion au traitement, pour déterminer si les médicaments sont efficaces et même pour assurer la thérapie primaire sous la direction d'un psychiatre consultant.

Les contacts fréquents et réguliers contribuent grandement à prévenir la réhospitalisation.

Il y a lieu d'aider le client à participer à des programmes sociaux afin de lutter contre la tendance au repli sur soi.

Il faut aider le client à se prévaloir des diverses possibilités qui s'offrent à lui en matière d'éducation, d'emploi, de formation et de loisirs. Il peut aussi avoir besoin d'aide et de conseils sur les plans du logement, de l'aide financière, des questions juridiques et d'autres services sociaux.

Au début de son rétablissement, le client peut avoir besoin d'une surveillance étroite, comme celle qui est fournie dans le cadre d'ateliers protégés (travail adapté), de foyers de transition, d'hôpitaux de jour ou de programmes de soins de jour.

Counselling individuel

Le client schizophrène sera sans doute soumis à divers facteurs de stress et éprouvera des problèmes directement ou indirectement liés à sa maladie, pour lesquels il aura besoin d'un counselling individuel :

- Dysfonctionnement sexuel : il peut s'agir d'un effet secondaire des médicaments et se manifester par une diminution de la libido ou par l'aménorrhée.
- Rapports amoureux : le client peut éprouver une profonde anxiété dans ses rapports interpersonnels et avoir besoin d'un apprentissage social ou de counselling à cet égard.
- Risque génétique : les conseils génétiques et le planning familial peuvent être indiqués.
- Adaptation à la famille : le client peut avoir besoin d'aide pour faire face aux problèmes éprouvés dans ses rapports avec d'autres membres de la famille, lesquels découlent directement des symptômes du client et sont présents depuis longtemps, dans bien des cas.
- Soins personnels : le client peut avoir besoin d'aide et de surveillance à l'égard des soins d'hygiène, des soins de toilette, de l'alimentation, de la gestion financière et des achats.
- Difficultés interpersonnelles : le client peut avoir besoin de counselling conjugal ou familial, de counselling en matière de divorce ou d'apprentissage social pour améliorer ses rapports avec ses amis et ses connaissances.

Soutien familial

- Il faut renseigner les membres de la famille sur la nature de la schizophrénie, ses causes et les traitements qui existent, ainsi que sur le rôle qu'ils peuvent jouer pour soutenir et prendre en charge le client à la maison et dans la collectivité.
- Il faut apprendre à la famille comment se comporter face au client, comment réagir à ses troubles de la pensée et à ses idées paranoïaques, comment le remotiver et l'encourager et comment composer avec le comportement bizarre et l'attitude de repli du client.
- Il faut conseiller aux membres de la famille d'éviter de discuter de l'état du client en sa présence et de le critiquer. Le pronostic est moins favorable dans les familles où l'on exprime des critiques de façon émotive.
- Il faut aider la famille à reconnaître les signes précurseurs d'une rechute (surtout un isolement social plus marqué, des sautes d'humeur, des difficultés liées à la pensée ou au sommeil, une irascibilité accrue ou la réapparition de symptômes qui s'étaient atténués).
- Il faut conseiller à la famille d'encourager le patient à être autonome en faisant le plus de choses possible par lui-même et pour lui-même. Il n'est jamais facile de déterminer exactement ce que le client est en mesure d'accomplir. On n'a sans doute d'autre choix que de procéder par tâtonnement en étant cependant à l'affût des signes de stress du patient.
- Il faut apaiser les craintes des membres de la famille à l'égard du patient et discuter avec eux des sentiments de culpabilité et de honte qu'ils peuvent éprouver. Il y a lieu de leur expliquer clairement les causes de la maladie. Il faut aussi les inciter à se montrer patients face à la colère ou à la dépression du client.
- Il faut aider les membres de la famille à bien comprendre la maladie et à l'envisager avec réalisme pour qu'ils ne soient ni trop optimistes ni trop pessimistes. Ainsi, ils peuvent, de leur côté, aider le client à accepter les limites que lui impose sa maladie (par exemple en ce qui a trait aux études, au mariage, à l'autonomie).
- Il faut demander à la famille d'aider et d'encourager le client à assister à ses séances de thérapie et à respecter ses autres rendez-vous.
- Il faut bien faire comprendre à la famille qu'il est important que le client continue d'avoir des relations sociales.
- Il faut préparer la famille à l'éventualité d'une hospitalisation du client dans un établissement local ou d'une évacuation médicale.
- La famille elle-même pourrait avoir besoin de counselling en raison du stress occasionné par la maladie, de l'obligation de prendre soin de la personne et de la gêne ressentie par les membres de la famille.
- Lorsque le client n'a pas de famille qui puisse lui apporter ce soutien, on peut encourager des intervenants bénévoles ou intervenants professionnels (par exemple des responsables de foyers de groupe ou de foyers d'accueil) à remplir ce rôle.

Dans les grands centres, on trouve des groupes d'entraide de schizophrènes. Cette formule n'est pas nécessairement applicable dans les petites collectivités, mais ces groupes sont en mesure de fournir du matériel et des idées applicables aux soins et à la prise en charge personnelle d'un petit nombre de clients.

TROUBLES ANXIEUX

DÉFINITION

Expérience subjective de peur, d'appréhension ou de panique. Le trouble anxieux se distingue de l'anxiété « normale » par son intensité ou par la durée ou l'ampleur de la perturbation et du dysfonctionnement qu'il entraîne en l'absence d'un stimulus approprié. Les symptômes peuvent se manifester de manière généralisée ou lors de périodes bien délimitées (« crises »), qui sont précédées ou non de l'exposition à un facteur déclenchant. Le client peut se plaindre de stress (ne fonctionne pas aussi bien que d'habitude), d'une perturbation de son humeur, d'un problème de toxicomanie ou de problèmes somatiques.

SYMPTOMATOLOGIE

On dénombre trois catégories de symptômes : émotionnels, physiologiques et cognitifs.

Symptômes émotionnels

- Sentiment de catastrophe imminente
- Appréhension
- Crainte
- Inquiétude

Symptômes physiologiques

- Symptômes généraux : insomnie, fatigue, perte de poids
- SNC : tremblements, douleurs musculaires, céphalées, étourdissements, vertiges, paresthésies
- Signes neurovégétatifs : sudation, sécheresse de la bouche, accélération de la fréquence cardiaque, bouffées vasomotrices
- Symptômes digestifs : indigestion, diarrhée, anorexie, tendance à s'étouffer
- Symptômes cardiorespiratoires : essoufflement, hyperventilation, douleurs thoraciques, palpitations

Symptômes cognitifs

- Difficultés de concentration
- Troubles de la mémoire
- Pensées envahissantes récurrentes

Autres aspects de la symptomatologie

- Âge de survenue, évolution des symptômes dans le temps
- Symptômes, survenue, facteurs déclenchants (environnement, situation, stimulus), durée, sévérité, comportement d'évitement, intensité de la détresse, dysfonctionnement et limites
- Événements de la vie ou facteurs de stress pouvant coïncider avec l'apparition du trouble
- Techniques et moyens utilisés pour atténuer l'anxiété (par exemple consommation ou abus de substances chimiques)
- Les pensées ou comportements sont-ils envahissants?
- Recueillez des renseignements sur la consommation de caféine, d'autres stimulants ou de drogues à usage récréatif.
- Recueillez des renseignements sur la consommation actuelle de médicaments (prescrits ou en vente libre et de remèdes à base de plantes).
- Recueillez des renseignements sur les symptômes évocateurs de maladies sous-jacentes.
- Passez en revue les antécédents médicaux et psychiatriques

EXAMEN PHYSIQUE

- Examen de l'état mental : interrogez le sujet pour déceler les signes de dépression, les idées ou intentions suicidaires ou meurtrières et pour déterminer s'il est victime de mauvais traitements (dans ce cas, prenez les dispositions voulues pour assurer sa sécurité).
- Examen cardiorespiratoire
- Examen de la thyroïde et tout autre examen jugé utile à la lumière des antécédents

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- *Troubles anxieux :* anxiété généralisée, trouble panique avec ou sans agoraphobie, phobie sociale, phobie spécifique (simple), trouble obsessionnel-compulsif, état de stress post-traumatique, trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse (d'une durée inférieure à 6 mois)
- *Autres troubles mentaux :* dépression, somatisation, hypochondrie, troubles de la personnalité, victime de violence (physique, sexuelle ou psychologique), psychose, démence
- *Affection physique :* maladie endocrinienne (hyperthyroïdie, hypoglycémie, syndrome de Cushing), affection cardiorespiratoire (p. ex. insuffisance cardiaque congestive, arythmie, prolapsus de la valve mitrale, maladie pulmonaire obstructive chronique [MPOC], embolie pulmonaire)
- *Consommation de substances (ou sevrage) :* surtout la caféine, l'alcool, le cannabis, la cocaïne, les amphétamines, mais aussi les médicaments

Comme la comorbidité est fréquente, il convient de rechercher activement des signes de dépression, de toxicomanie et de somatisation.

COMPLICATIONS

- Incapacité d'accomplir les activités de la vie courante
- Phobies sociales
- Toxicomanie

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Formule sanguine
- Électrocardiogramme (ECG)
- Dosage de la thyrotropine (TSH)

TRAITEMENT

Selon la nature du trouble anxieux, le traitement définitif peut comprendre la psychothérapie, l'emploi de techniques de désensibilisation et un traitement pharmacologique. Parmi les médicaments utilisés figurent les benzodiazépines, les antidépresseurs tricycliques, les ISRS et, à l'occasion, les neuroleptiques.

Consultation

Consultez un médecin :

- Si vous pensez qu'il existe un danger.
- Si vous soupçonnez une maladie sous-jacente, puisque le traitement devra être adapté au diagnostic.
- Si les symptômes sont à ce point intenses qu'ils empêchent le client de fonctionner normalement; un traitement de courte durée par des benzodiazépines (tranquillisants mineurs) peut être indiqué.

Interventions non pharmacologiques

- Demandez au client de réduire sa consommation de stimulants, surtout de caféine.
- Aidez le client à réduire sa consommation de médicaments non prescrits, s'il y a lieu.
- Proposez-lui des techniques de relaxation : exercices de respiration, méditation, relaxation musculaire progressive, exercices aérobiques.

Interventions pharmacologiques

lorazépam (Ativan) (**médicament de classe B**)
0,5-1,0 mg PO bid à tid au besoin pendant 5 jours

Surveillance et suivi

- Assurez un suivi hebdomadaire.
- Il est essentiel d'offrir au client et à sa famille du soutien et de bien les renseigner sur la maladie.
- Prenez les dispositions voulues pour faire voir le client par un médecin à la prochaine visite, sauf dans les cas très graves.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Procédez à l'évacuation médicale si le trouble est profond, s'il existe un danger pour l'intéressé ou pour d'autres ou si le client a besoin d'un traitement plus définitif.

ALTÉRATION DES FONCTIONS COGNITIVES

DÉFINITIONS

- *Démence :* dégradation progressive et globale des facultés cognitives; elle est suffisamment importante pour rejaillir sur le fonctionnement normal (peut être attribuable à un processus sous-jacent réversible ou irréversible)
- *Délire :* détérioration aiguë de la capacité d'attention, ce qui se manifeste par de la désorientation, des fluctuations du degré de conscience et, dans bien des cas, des troubles de la perception. Le délire est généralement attribuable à un problème organique sous-jacent

Le délire et la démence sont tous deux des syndromes qui peuvent être attribuables à de nombreuses causes dont il faut tenir compte lors de l'établissement du diagnostic. Plus d'un facteur peut être en cause.

Ces affections s'observent souvent mais pas uniquement chez les personnes âgées.

CAUSES

Causes réversibles

- Médicaments
- Troubles métaboliques (par exemple, glycémie, carences en sodium, en potassium, en calcium, en vitamine B_{12} ; trouble thyroïdien, rénal ou hépatique)
- Hypoxie consécutive à une affection cardiopulmonaire
- Affection intracrânienne (p. ex. tumeur, hydrocéphalie à pression normale, infection, hématome sous-dural, accident vasculaire cérébral)
- Déficience sensorielle (p. ex. de l'ouïe ou de la vue)
- Infections (p. ex. infection urinaire, pneumonie)

Causes irréversibles

- Maladie d'Alzheimer
- Démence vasculaire
- Abus chronique de l'alcool
- Maladie de Parkinson
- Maladie de Huntington
- Traumatisme crânien
- Tumeur

SYMPTOMATOLOGIE

Il faut recueillir les antécédents auprès du client, mais il ne faut pas négliger d'obtenir d'un soignant, d'un ami ou de la famille des renseignements qui les corroborent.

- Le client peut se plaindre de troubles de la mémoire, de troubles de l'attention, ou de difficultés de concentration.
- La plupart du temps, c'est un aidant ou un membre de la famille qui accompagne le client, ayant observé qu'il a du mal à accomplir des tâches qui ne faisaient pas problème auparavant (p. ex. soins personnels, entretien ménager, courses, gestion financière).
- L'objet de la consultation peut avoir trait à des comportements déplacés ou bizarres, attribuables à des idées délirantes et à des hallucinations.
- L'objet de la consultation peut avoir trait à un état dépressif ou anxieux.
- Déterminez le moment de la survenue des symptômes et leur évolution au fil du temps.
- Prenez en note les symptômes et les comportements objectifs observés.
- Tentez de déterminer l'ampleur de la perturbation et du dysfonctionnement (demandez des précisions, par exemple sur les courses, la conduite automobile, les soins personnels, la gestion financière, le rendement au travail ou les passe-temps; renseignez-vous aussi sur la capacité d'apprendre une nouvelle tâche).

Symptômes associés à des affections physiques sous-jacentes

- Symptômes généraux : fièvre, sudation, perte de poids, fatigue
- Symptômes sensoriels : changements au niveau de la vue ou de l'ouïe
- Symptômes neurologiques : céphalées récentes, tremblements, ataxie, étourdissements, convulsions, atteintes neurologiques focales, accident ischémique transitoire (AIT)
- Symptômes endocriniens : problèmes thyroïdiens, diabète sucré, hypercalcémie
- Symptômes cardiopulmonaires : essoufflement, toux, douleurs thoraciques, apnée du sommeil, palpitations
- Symptômes digestifs et génito-urinaires : selon le cas (il est important de se renseigner sur l'incontinence).

Facteurs de risque et antécédents médicaux

- Traumatismes
- Chutes
- Consommation d'alcool ou de benzodiazépines
- Facteurs de risque d'accidents vasculaires cérébraux
- Exposition professionnelle
- Exposition sexuelle
- Antécédents de cancer
- Prise d'anticoagulants ou d'antithrombotiques
- Alimentation

Médicaments

- Médicaments en vente libre ou autres médicaments ou remèdes

ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE

- Déterminez si le client présente les signes suivants : troubles de l'humeur, anhédonie, désespoir, apathie, symptômes végétatifs de dépression.
- Informez-vous sur les tendances suicidaires.
- Déterminez l'éventuelle présence de symptômes psychotiques (trouble de la pensée, idées délirantes, hallucinations).
- Déterminez l'éventuelle présence de facteurs de stress psychosociaux (p. ex. pertes, mauvais traitements ou négligence).
- Observez le discours, l'affect, le maniérisme, les soins du corps, les aptitudes psychomotrices.

Examen de l'état mental

- L'instrument le plus couramment utilisé est le mini-examen de l'état mental de Folstein.
- Les éléments qui évoquent plus particulièrement la démence sont : la désorientation temporelle, la difficulté à nommer les choses, l'incapacité d'épeler un mot à l'envers et la difficulté à copier des motifs qui se recoupent.
- Il est également utile de demander au client de dessiner une horloge qui indique une heure donnée.
- Il peut être utile d'évaluer le jugement de la personne, par exemple en lui demandant d'interpréter une situation hypothétique (par exemple, découvrir à son réveil que la maison prend feu).

EXAMEN PHYSIQUE

L'examen physique est orienté par le diagnostic différentiel, établi d'après la symptomatologie, mais doit comprendre les éléments suivants :

- Signes vitaux
- Évaluation de l'ouïe et de la vue (notamment du fond de l'œil)
- Examen cardiovasculaire et pulmonaire (noter les souffles carotidiens, les indices d'athérosclérose)
- Examen neurologique complet : tremblements, signe de la roue dentée, démarche traînante, réflexes tendineux, atteintes neurologiques focales de la fonction sensorielle et motrice, aphasie

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Démence
- Délire
- Dépression
- Baisse des facultés mnésiques et intellectuelles attribuable au vieillissement
- Consommation ou abus de substances, notamment de médicaments
- Fonctionnement intellectuel limite, déficience mentale
- Autre trouble mental psychotique, amnésique ou dissociatif

Il est parfois difficile de distinguer le délire de la démence et de la dépression.

La dépression qui touche les personnes âgées est souvent appelée pseudodémence, parce que l'apathie et les troubles cognitifs qui l'accompagnent rappellent les manifestations de la démence.

TESTS DIAGNOSTIQUES

À moins que la cause sous-jacente ne soit évidente, il y a lieu de procéder à des prises de sang en vue des épreuves suivantes :

- Formule sanguine
- Bilan électrolytique
- Bilan calcique
- Dosage de la thyrotropine (TSH)
- Mesure de la glycémie

D'autres examens seront dictés par la symptomatologie et le tableau clinique.

TRAITEMENT

En dernière analyse, c'est le diagnostic qui détermine le traitement.

Objectifs du traitement

- Trouver et corriger les causes réversibles.
- Assurer la sécurité du client.
- Favoriser une qualité de vie et un fonctionnement optimaux.

Consultation

Consultez un médecin si vous déterminez que le client est en état de délire ou de détresse aiguë, s'il présente de nouveaux symptômes neurologiques ou atteintes neurologiques focales, ou s'il y a des facteurs de risque d'atteintes intracrâniennes graves (par exemple, prise d'anticoagulants, antécédents de traumatisme ou de cancer).

Interventions non pharmacologiques

- Renseignez et appuyez les aidants et la famille.
- Encouragez l'adoption de mesures de sécurité et aidez le client à atteindre un niveau optimal de fonctionnement et d'autonomie.
- Mobilisez les ressources communautaires accessibles comme les soins à domicile et les visites amicales.

Si le client montre des signes d'agitation ou de problèmes de comportement, suivez les lignes de conduite exposées dans la section « *Client violent ou très agité* », plus haut dans ce chapitre.

Interventions pharmacologiques

Dans la mesure du possible, n'administrez pas de médicaments au client. Évitez surtout les sédatifs, qui peuvent provoquer des chutes et aggraver les symptômes.

Surveillance et suivi

Assurez un suivi périodiquement (par exemple, une fois par mois ou plus souvent, s'il y a lieu), de préférence en vous rendant directement au domicile du client, ce qui vous permettra d'évaluer comment il fonctionne dans son environnement.

Faites en sorte que tous les clients qui présentent des symptômes non urgents consultent le médecin à la prochaine visite de celui-ci.

Orientation vers d'autres ressources médicales

Il peut être nécessaire de procéder à l'évacuation médicale des clients qui pourraient présenter un trouble organique sous-jacent ou qui, à la lumière d'une évaluation des risques, doivent être hospitalisés (autrement dit, doivent bénéficier d'une surveillance appropriée et d'un environnement sûr que ne peuvent assurer ni les membres de la famille ni les amis).

COMPORTEMENT SUICIDAIRE

GÉNÉRALITÉS

- Le taux de suicide est demeuré relativement constant dans l'ensemble de la population canadienne au cours des dix dernières années.
- Le taux moyen de suicide dans les Premières Nations est plus du double du taux national.
- Le nombre de suicides est en hausse chez les jeunes et les adolescents; le suicide figure maintenant au deuxième rang des causes de décès au Canada chez les hommes de 15 à 30 ans.
- Le taux de suicide observé chez les jeunes Autochtones de sexe masculin est plusieurs fois supérieur au taux moyen national observé dans le même groupe d'âge.
- Les risques de suicide accompli sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes.
- Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes.
- Pour chaque suicide accompli, on compte plusieurs tentatives avortées (selon les estimations, le rapport pourrait s'élever à 50 pour un).
- La plupart des suicidés ont prévenu leur entourage de leur intention, soit verbalement, soit par des changements de comportement.
- Bon nombre des suicidés ont consulté un professionnel de la santé dans le mois qui précédait leur geste.
- La maladie mentale est le principal facteur de prédiction du suicide.
- L'arme à feu est la principale méthode utilisée dans les suicides accomplis.
- Le suicide est un phénomène très rare et très variable; il est presque impossible à prévoir avec certitude.
- L'incidence de facteurs saisonniers, météorologiques, cosmiques ou d'autres facteurs environnementaux sur le suicide est négligeable.
- La consommation d'alcool joue un rôle dans la majorité des suicides, soit au moment de l'acte, soit de façon chronique.
- Rien n'indique que les « lignes d'écoute téléphonique » permettent de réduire sensiblement les taux de suicide dans les secteurs qu'elles desservent, en l'absence de services d'intervention et d'aide professionnelle.

FACTEURS CONTRIBUANT AU COMPORTEMENT SUICIDAIRE

- *Événements pénibles de la vie :* Difficultés personnelles telles que chômage, problèmes familiaux, décès d'un ami ou d'un parent, difficultés financières, maladies chroniques ou incurables, conflits interpersonnels et déceptions
- *Absence de soutien social :* Absence d'amis et de parents qui apportent réconfort et soutien affectif; sentiment d'isolement et impression d'être mal aimé et mal compris.
- *Présence de modèles :* Suicide chez des parents, des amis ou des connaissances; publicité entourant certains suicides récents (ce facteur peut aussi avoir une incidence sur le choix du moyen utilisé pour mettre fin à ses jours)
- *Attentes :* Détresse, pessimisme et dévalorisation de soi; impression qu'il serait préférable pour les autres que l'on soit mort; sentiment d'impuissance et absence de maîtrise de sa destinée.
- *Attention prêtée aux gestes :* Attention accordée exclusivement ou principalement au comportement suicidaire proprement dit (menaces, gestes ou tentatives), ayant pour effet de renforcer ou d'encourager involontairement le comportement suicidaire.
- *Accès à des moyens de se donner la mort :* Présence ou accessibilité de fusils, de médicaments ou d'autres instruments qui sont des moyens « classiques » de suicide dans l'esprit de la personne (par exemple, selon les idées répandues, les reportages des médias ou les cas de suicide ou de tentative de suicide connus du sujet)

Le suicide est, dans bien des cas, un acte impulsif. La facilité d'accès à un moyen de se donner la mort accroît le risque d'un suicide accompli.

- *Toute perte (réelle ou imaginaire) :* Surtout si elle entraîne une perte d'estime de soi ou de confiance en soi.

CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES AU RISQUE SUICIDAIRE

- Présence d'un projet suicidaire
- Le fait de vivre seul, surtout si le sujet est isolé socialement et n'a pas le soutien d'un réseau familial ou social
- État matrimonial : séparation, veuvage ou divorce
- Âge : le risque croît avec l'âge, surtout dans la population âgée, mais on observe aussi depuis peu une augmentation du risque chez les jeunes hommes, surtout ceux qui sont âgés de 15 à 25 ans.
- Sexe : masculin
- Race : blanche, autochtone
- Sentiments d'impuissance et de désespoir et perspectives d'avenir sombres
- Tentatives ou menaces antérieures de suicide
- Décès d'un parent pendant l'enfance du sujet
- Mauvais état de santé (p. ex. affection aiguë ou chronique ou maladie en phase terminale)
- Consommation excessive d'alcool ou d'autres substances
- Maladie mentale, surtout dépression ou schizophrénie
- Perte récente d'un être cher (p. ex. deuil)
- Chômage
- Difficulté à maîtriser ses impulsions

ÉVALUATION DU RISQUE ACTUEL

- Voir les caractéristiques générales (section précédente)
- Sentiments profonds de désespoir, de vide ou de dévalorisation
- Insomnie sévère
- Agitation et nervosité
- Dépression ou schizophrénie, relâchement du contact avec la réalité
- Tentative de suicide récente
- Méthode utilisée lors de la tentative antérieure; la conviction que la méthode utilisée antérieurement allait réellement provoquer la mort
- Présence de voix incitant le sujet à l'autodestruction
- Désir de passage à l'acte suicidaire
- Idées suicidaires
- Préparatifs en vue de mettre à exécution le projet suicidaire

SUICIDE CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

- Le suicide est rare chez les enfants de moins de 14 ans, mais son incidence a sensiblement augmenté chez les garçons à la fin de l'adolescence; il figure maintenant au deuxième rang des causes de décès dans ce groupe d'âge.
- Les gestes suicidaires, les menaces ou les tentatives de suicide visent le plus souvent à communiquer le désespoir, la frustration et la tristesse, et il convient d'y réagir en conséquence.
- Les garçons réussissent plus souvent à se donner la mort parce qu'ils ont recours à des moyens plus radicaux.
- La plupart des jeunes qui tentent de mettre fin à leur vie se confient à au moins une personne avant de passer aux actes.
- Parmi les indices non spécifiques du suicide figurent l'anorexie, les troubles psychosomatiques, le comportement rebelle, une apparence négligée et un changement dans le comportement ou la personnalité.

Facteurs suicidogènes chez les adolescents

- Perte de l'être aimé ou d'une personne importante pour le sujet
- Identification à un parent décédé
- Identification à une personne qui exprime des idées dépressives ou des idées de suicide
- Attitude de rejet, d'hostilité ou de dépréciation de la part des parents
- Consommation d'alcool ou de drogues
- Isolement social chronique
- Incapacité d'exprimer sa rage ou de réagir à une déception ou à une perte; désir de vengeance
- Nombreux problèmes vécus dans le passé
- Sentiment de désespoir et d'impuissance

LIGNES DE CONDUITE RELATIVES AUX ENTRETIENS AVEC DES CLIENTS SUICIDAIRES

- Établissez une relation d'aide et de confiance, soyez rassurant et évitez de porter des jugements. Faites comprendre au client que l'entretien restera confidentiel.
- Interrogez le client seul, du moins au début, et permettez-lui de parler librement, aussi longtemps qu'il le désire.
- Déterminez le niveau de risque à partir des caractéristiques et des facteurs décrits plus haut.
- Déterminez si le soutien social est suffisant et évaluez les points forts et les lacunes de la famille.
- Vérifiez si le sujet souffre de dépression ou d'une autre maladie mentale.
- Demandez directement au sujet s'il a des idées, des intentions ou des fantasmes suicidaires.
- Si le sujet a des idées suicidaires, demandez-lui quels sont ses plans et s'il a bien pensé à ce qu'il allait faire et aux conséquences de son geste; demandez-lui également s'il a fait un testament ou écrit un message d'adieu.
- Sondez vos propres réactions et fiez-vous à vos « intuitions » concernant les intentions du client.
- Analysez les motifs du suicide. Cherchez à comprendre comment le client perçoit sa situation (par exemple, impression qu'il n'y a pas d'autre issue, désir de fuir la vie, manipulation d'une situation, volonté de changer une autre personne ou de la blesser, besoin d'attention ou d'aide, désir de rejoindre un être cher décédé).
- Ne cherchez pas de dissuader la personne de s'enlever la vie ou de la convaincre que la situation n'est pas aussi désespérée qu'elle ne le pense. Vous risqueriez ainsi de la renforcer dans sa détermination.
- Interrogez les proches du sujet, notamment le conjoint, les parents et les frères et sœurs.
- Sollicitez l'aide du conjoint, de la famille, des aînés ou des amis pour soutenir, motiver et surveiller le client.
- Cherchez à gagner du temps car l'intention suicidaire n'est pas constante et le counselling préventif peut porter fruit pendant les intervalles où le sujet n'est pas porté au suicide. Essayez de passer avec la personne un « contrat » d'une durée déterminée au cours de laquelle vous vous montrez disposé à l'aider à résoudre ses problèmes. Posez-lui directement la question suivante : « Combien de temps êtes-vous prêt à m'accorder pour que nous puissions essayer ensemble de régler ce problème? »
- Si le client est ivre, n'essayez pas de lui donner des conseils, mais trouvez une façon directe ou indirecte de lui manifester votre soutien en le surveillant de manière continue jusqu'à ce que les effets de l'alcool disparaissent.
- Si le client doit rentrer chez lui, veillez à ce qu'il n'ait pas accès à des armes à feu, des médicaments ou d'autres moyens de se donner la mort. Une personne déterminée à se suicider trouvera un moyen de réaliser son projet, mais les obstacles peuvent retarder son geste et lui laisser le temps de se raviser.
- S'il s'agit d'enfants ou d'adolescents, un retrait temporaire du milieu familial et un placement dans un établissement de soins ou de service social peuvent s'avérer souhaitables.
- S'il s'agit d'un enfant ou d'un adulte marié, il importe de mettre en route immédiatement le counselling auprès de la famille pour :
  - l'aider à comprendre la situation
  - la renseigner sur les traitements et ressources disponibles
  - l'inciter à soutenir le client pendant son traitement
  - l'aider à faire face à son sentiment de culpabilité ou à ses remords.
- Proposez d'orienter le sujet vers des professionnels de la santé mentale ou des travailleurs sociaux, selon le cas.
- Le traitement des enfants et des adolescents implique en dernière analyse une intervention auprès de la famille ainsi qu'une thérapie individuelle visant à accroître l'estime de soi du sujet et le sentiment de son importance dans sa famille ou son milieu social.
- Le traitement de l'adulte suppose un counselling individuel adapté aux causes présumées du problème et implique aussi la participation des membres de la famille et de divers professionnels de la santé et des services sociaux.

LIGNES DE CONDUITE RELATIVES AU TRAITEMENT

Menaces ou intention présumée de suicide

- Si la menace est sérieuse et la tentative imminente, faites admettre le sujet dans un établissement de soins où il sera en observation et traité, si possible.
- Consultez un professionnel de la santé mentale, de préférence un psychiatre, par téléphone ou orientez directement le sujet vers des ressources locales.
- Si le risque est élevé et que le sujet se montre peu disposé à collaborer à son traitement, il faut envisager sa détention préventive si des dispositions sont prévues à ce sujet dans les textes de loi locaux relatifs à la santé mentale.

- Dans tous les cas qui nécessitent un traitement prolongé, celui-ci doit être dispensé par un professionnel de la santé mentale compétent, ou sous sa direction ou sa surveillance. Le rôle du personnel médical de première ligne dépend de la formation qu'il a reçue et de la possibilité d'accès à des spécialistes de la santé et des services sociaux à l'échelle locale.
- Si le client est traité en consultation externe, le thérapeute ou d'autres membres du personnel doivent être prêts à intervenir en tout temps.
- Sachez reconnaître les limites de votre propre responsabilité et n'oubliez pas qu'il est impossible de garantir qu'une personne ne se suicidera pas même si elle a bénéficié d'une intervention et d'un traitement.

Tentative avortée

- Assurez-vous que la personne a reçu les soins médicaux d'urgence et que la possibilité d'une intoxication médicamenteuse non décelée (en plus de la méthode apparente de suicide utilisée) a été envisagée.
- Enlevez tout objet pouvant être utilisé dans une autre tentative impulsive, surtout si le client est intoxiqué par une consommation excessive de médicaments ou de drogues.
- Faites comprendre que ce geste, qui aurait pu être fatal, pourrait se révéler une expérience positive et constructive pour le sujet comme pour sa famille, selon le cas.
- Tenez un dossier minutieux et marquez clairement le dossier pour que le risque suicidaire soit pris en considération lors des admissions ou des consultations subséquentes. Le risque de récidive est très élevé chez les personnes qui ont déjà tenté de s'enlever la vie.
- Continuez de surveiller le client et de lui fournir du soutien étant donné que les risques augmentent après une tentative.

Suicide accompli : interventions auprès des survivants

- Dans bien des cas, la famille, les amis et les proches d'un suicidé sont en proie à la culpabilité, à l'anxiété, au désespoir et à la dépression. Ils sont habités par divers sentiments : culpabilité, déni, confusion, ambivalence, honte, deuil et colère.
- Ces « survivants » deviennent à leur tour des candidats au suicide et à la dépression.
- Les endeuillés ont besoin de sympathie, de consolation, d'encouragement, de distractions et de la possibilité de libérer leur tension émotionnelle. Chaque culture a une façon bien à elle de faire face à la perte et au deuil.
- La présence des caractéristiques suivantes indique qu'une personne n'a pas assumé cette perte :
  - Les symptômes typiques du deuil persistent sans aucun signe de rémission partielle ou complète ou de retour à la normale.
  - Les symptômes s'aggravent, par exemple le sujet en arrive à nier complètement la mort.
  - Le comportement s'écarte de la norme ou des réactions de deuil normalement admises par le groupe culturel ou compromet la santé physique ou la sécurité.
- En cas de suicide, il est recommandé d'intervenir auprès des endeuillés le plus rapidement possible, soit dans les deux ou trois jours qui suivent l'événement.

Prévention du suicide

- Le problème du suicide doit être considéré comme une responsabilité collective et suppose une intervention concertée de la collectivité.
- Les « sentinelles » de la collectivité devraient avoir reçu une formation leur permettant de reconnaître les symptômes suicidaires, d'évaluer le risque et de prendre en charge les personnes en difficulté ou de les orienter vers des ressources spécialisées.
- Les professionnels de la santé devraient prendre l'initiative d'encourager les personnes en difficulté à parler de leurs problèmes et inciter d'autres intervenants à déployer des efforts dans ce sens; il s'agit de renseigner les candidats au suicide sur les ressources disponibles et de les orienter vers les services appropriés.
- Il importe de reconnaître l'influence de l'évolution des conditions sociales, du système de valeurs et de l'organisation sociale sur l'étiologie et l'épidémiologie du suicide. Par conséquent, il faut encourager les activités communautaires qui renforcent la solidarité et le rôle de la société et de la famille.
- Étant donné le problème posé par le nombre élevé de tentatives de suicide, il est préférable d'adopter une stratégie de promotion de la santé mentale (*Voir la rubrique « Promotion de la santé mentale » dans la section « Prévention de la maladie mentale et promotion de la santé mentale » plus haut dans ce chapitre*) qu'une démarche spécifiquement axée sur la prévention du suicide.

AGRESSION SEXUELLE

GÉNÉRALITÉS

L'agression sexuelle désigne tout acte ou attouchement imposé de force à une victime (habituellement une femme). Elle consiste notamment à embrasser la victime, à agripper ses seins, ses fesses ou ses organes génitaux, à l'étreindre et à se frotter contre elle, à déchirer ou à arracher ses vêtements ou à avoir ou à tenter d'avoir avec elle des relations vaginales, anales ou orales. On entend par force l'exercice d'une contrainte par l'agresseur qui oblige la victime à se soumettre malgré elle. Elle comprend entre autres la violence physique ou les menaces de sévices physiques à l'endroit de la victime ou d'un être cher. L'agression sexuelle ne comprend pas l'exhibitionnisme, le voyeurisme, les gestes ou les paroles obscènes, ou le harcèlement sexuel, bien qu'il s'agisse également d'actes non désirés qui peuvent perturber psychologiquement la victime.

Quatre-vingt-dix pour cent des victimes sont des femmes. Comme on connaît mal les effets de l'agression sexuelle subie par des garçons ou des hommes, l'analyse qui suit portera principalement sur les effets des agressions sexuelles commises par des hommes à l'endroit des femmes.

Statistiques

- Six pour cent des femmes adultes déclarent avoir été violées et 21 % signalent avoir été victimes d'une autre forme d'agression sexuelle (à l'exclusion des baisers non désirés) au moins une fois dans leur vie.
- Les femmes qui sont victimes de violence physique ou psychologique sont exposées au risque d'une agression sexuelle.
- Près de la moitié des victimes ont moins de 17 ans au moment de l'agression (*Voir la rubrique « Child Sexual Abuse » dans la publication « MSB Clinical Guidelines in Pediatrics for Northern Nursing Stations*).
- Vingt et un pour cent des viols et 17 % des autres formes d'agression sexuelle sont commis au domicile de la victime.
- Les deux tiers des violeurs sont connus de la victime et dans un tiers des cas, l'agresseur est le partenaire actuel et un ex-partenaire de la victime.
- Dans un nombre important de viols (12 %), l'agresseur a utilisé ou brandi une arme. Près de 10 % des viols s'accompagnent de sévices physiques graves et 15 % des victimes subissent des blessures qui nécessitent une intervention médicale.
- La plupart des victimes de viol recourent activement à plus d'un moyen (par exemple supplications, tentatives de raisonner l'agresseur, cris, coups de pied) pour tenter de prévenir l'agression.
- L'agression sexuelle est un crime, que l'agresseur soit connu ou non de la victime. Les conjoints peuvent être accusés d'agression sexuelle.

EFFETS IMMÉDIATS

- Troubles somatiques : nausées, vomissements, perte d'appétit, insomnie, cauchemars, maux de tête, fatigue et douleurs localisées ou généralisées
- Problèmes gynécologiques : écoulement vaginal, démangeaisons, sensation de brûlure et dysménorrhées
- Troubles affectifs : anxiété, terreur, dépression, excitabilité, accès de colère, culpabilité, sentiment de culpabilité et sautes d'humeur
- Altération du fonctionnement cognitif : difficultés de concentration, peur de rester seule, peur de la mort, peur du retour de l'agresseur et crainte d'une récidive
- Difficultés relationnelles au travail ou à l'école, avec les amis et les membres de la famille. On observe souvent de la méfiance à l'égard des autres (surtout des hommes).
- Consommation ou abus d'alcool ou de drogues
- Idées et tentatives de suicide

EFFETS À LONG TERME

- Sentiment de solitude
- Soupçons et méfiance à l'égard des autres
- Restrictions dans les activités de la vie courante que le sujet s'impose lui-même
- État dépressif épisodique
- Troubles sexuels

L'intensité et la gravité des effets immédiats et à long terme de l'agression sexuelle dépendent de la nature de l'agression, le viol et la tentative de viol étant les formes d'agression les plus traumatisantes sur le plan psychologique. Le quart des victimes de viol ne s'estiment pas complètement remises quatre à six ans après l'agression.

RÉTABLISSEMENT

On distingue trois phases dans le rétablissement de la victime d'une agression sexuelle.

- *La phase aiguë :* qui suit immédiatement l'agression et se caractérise par l'apparition des symptômes décrits plus haut.
- *La phase de la distanciation :* au cours de laquelle les symptômes physiques et psychologiques diminuent en intensité de sorte que la victime peut recommencer à mener une vie normale. Au cours de cette période, il arrive que la victime nie ou minimise les effets de l'agression subie et refuse l'aide qui lui est offerte.
- *La phase de la réintégration :* peut survenir des semaines, voire des années après l'agression. La victime éprouve alors de nouveau les symptômes caractéristiques de la phase aiguë. Ce processus est parfois déclenché par une convocation devant les tribunaux ou par l'anniversaire de l'incident. À cette étape, l'expérience de l'agression est replacée dans le contexte existentiel global de la victime.

INTERVENTION

Tout de suite après l'agression, il faut permettre à la victime d'attendre dans une salle tranquille, loin du bruit et de la confusion. Dans la mesure du possible, une infirmière ou une personne-ressource de sexe féminin devrait accompagner la victime tout au long de son séjour dans l'établissement de soins.

Il importe d'adopter une attitude empathique, non critique et discrète qui montre à la victime que l'on comprend son bouleversement. Si cette dernière hésite à parler de son expérience, il ne faut pas la contraindre à le faire de quelque manière que ce soit. Si, par contre, elle choisit d'exprimer ses émotions, il convient de reconnaître leur bien-fondé et de lui expliquer que ses réactions sont normales (autrement dit, il s'agit de lui faire comprendre que son expérience n'est pas différente de celle des autres victimes).

Il faut expliquer à la victime les interventions médicales qu'elle devra subir et leur raison d'être (c'est-à-dire, déterminer s'il y a des blessures, détecter des maladies vénériennes, recueillir des données sur l'agression en vue d'éventuelles poursuites devant les tribunaux). *Familiarisez-vous avec le travail d'examen médico-légal d'une victime de viol.*

Dans la mesure du possible, on doit demander à la victime si elle préférerait recevoir des soins d'une femme. Dans tous les cas, une femme devrait être présente dans la pièce pendant l'examen médical.

Déterminez si l'agression pourrait avoir entraîné une grossesse. Dans ce cas, il faut discuter de la possibilité de prendre des mesures immédiates en vue de prévenir la grossesse. Il s'agit aussi de discuter avec l'intéressée de la nécessité ou de la possibilité de lui administrer un traitement prophylactique contre les maladies transmissibles sexuellement (MTS). *(Voir la section « Maladies transmises sexuellement » dans le chapitre 11, « Maladies transmissibles »*)

Il importe de respecter la dignité de la victime en la laissant décider par elle-même quelles personnes peuvent être informées de l'agression qu'elle a subie, et de l'assurer de son soutien quelle que soit sa décision.

Expliquez à la victime le déroulement d'une enquête policière et des poursuites en justice en lui précisant les résultats auxquels on peut s'attendre d'un recours en justice. La décision de faire intervenir la police doit être prise par la victime.

Tous les renseignements fournis par la victime doivent rester confidentiels sauf si elle vous demande expressément de les communiquer.

Offrez de parler à la famille et aux amis de la victime de leurs réactions au viol et de la façon dont ils peuvent aider la victime à se remettre du traumatisme. Si la victime le désire, vous pouvez expliquer à la famille qu'il est important de permettre à la victime de parler de son expérience lorsqu'elle se sent prête à le faire.

Informez la victime de tous les services destinés aux victimes d'agression sexuelle. Dans bien des régions, des centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle situés dans les grands centres urbains acceptent les appels interurbains.

Il importe d'aider la victime à résoudre les problèmes immédiats (par exemple décider de l'endroit où elle habitera pour se sentir en sécurité) et à prendre les dispositions voulues.

Il faut fixer un rendez-vous au cours duquel on pourra prendre note des ecchymoses qui n'étaient pas apparentes lors de l'examen initial et vérifier si la victime se remet bien de l'agression. À cette occasion, il importe de renseigner la victime sur les étapes du rétablissement. Cette dernière doit surtout savoir que les symptômes qu'elle éprouve actuellement diminueront (dans un laps de temps variable), mais qu'ils risquent de réapparaître à un moment donné, ce qui fait normalement partie du processus de rétablissement.

S'il semble que la victime est incapable de fonctionner, il faudrait envisager de l'orienter vers des services psychiatriques ou psychologiques.

VIOLENCE FAMILIALE

Tout bon intervenant en santé doit faire preuve de vigilance en étant systématiquement à l'affût d'indices de mauvais traitements.

On trouvera des renseignements sur la violence et les abus sexuels à l'égard des enfants dans la publication « *MSB Clinical Guidelines in Pediatrics for Northern Nursing Stations* ».

VIOLENCE CONJUGALE

Les membres du réseau médico-hospitalier, et plus particulièrement les infirmières, les médecins et les intervenants en santé publique, sont bien placés pour reconnaître les femmes qui vivent une relation de violence et leur venir en aide. Souvent, ces femmes ne perçoivent pas la nature du problème et ne se considèrent pas comme des femmes battues. Et même lorsqu'elles sont conscientes de leur situation, elles la cachent souvent parce qu'elles ont honte ou craignent des représailles. C'est souvent le personnel de l'établissement de santé qui leur fournit la première occasion de replacer le problème dans sa juste perspective et de se renseigner sur les options qui s'offrent à elles.

On distingue quatre grandes catégories de blessures ou de traumatismes physiques couramment observés chez les femmes qui consultent après avoir été victimes de sévices, mais qui ne se limitent pas à cette population :

- Blessures graves avec saignement, surtout à la tête et au visage. En cas d'agression sexuelle, on peut observer des lésions vaginales ou anales qui doivent être refermées à l'aide de points de suture.
- Blessures internes, commotions, perforation de tympans, lésions à la rate ou aux reins, blessures abdominales, perforation des poumons, contusions graves, blessures à l'œil et marques de strangulation au cou
- Brûlures causées par des cigarettes, des appareils chauffants, des liquides brûlants ou de l'acide
- Fractures de la mâchoire, du bras, du bassin, des côtes, des clavicules et des jambes

Il faut aussi rechercher des blessures anciennes non traitées. Certaines femmes ne consultent pas de médecin ou sont empêchées de le faire. Des signes de blessures antérieures peuvent permettre de déterminer le caractère cyclique des mauvais traitements. Consignez vos observations ainsi que vos soupçons dans vos dossiers afin que d'autres membres du personnel médical soient à l'affût d'autres signes de mauvais traitements.

Les risques de sévices augmentent pendant la grossesse.

Outre les signes physiques évidents, il y a certains symptômes physiques et psychologiques plus subtils qui doivent être pris en note :

- Crises d'anxiété ou dépression
- Troubles psychosomatiques tels que céphalées, douleurs thoraciques ou abdominales, insomnie, fatigue et mauxde dos
- Raideur de la nuque ou des muscles de l'épaule (attribuables à des secousses violentes), qui rappelle les symptômes du coup de fouet cervical
- Lésions aux tympans
- Problèmes conjugaux, surtout lorsque la victime fait mention de disputes, de la jalousie, de l'impulsivité ou de la consommation d'alcool de son conjoint
- Toxicomanie
- Gestes suicidaires ou tentatives de suicide à répétition
- Pleurs irrépressibles

Ces symptômes vagues ou indéfinis donnent souvent à l'intervenant l'impression qu'il se passe quelque chose qu'il ne saisit pas. Ces plaintes, assorties de fréquentes visites à l'établissement de santé, d'une application peu rigoureuse des recommandations thérapeutiques et de l'absence de réponse au traitement, caractérisent un phénomène communément appelé syndrome de la femme battue.

Lignes de conduite relatives à l'évaluation et au traitement

Pour confirmer l'existence de mauvais traitements, il faut demander directement à la femme ou à l'homme si son conjoint la (ou le) bat ou menace de le faire. Il arrive souvent que les hommes et les femmes minimisent les sévices et, dans bien des cas, il convient de donner des exemples et de poser des questions de telle sorte que le client se sente autorisé à aborder le sujet.

- Interrogez et examinez la personne maltraitée, seule ou en présence d'une intervenante venue pour la soutenir. Elle n'osera pas parler si son conjoint est présent.
- Une femme se sentira sans doute plus à l'aise de parler à une femme, qu'il s'agisse d'une infirmière, d'une femme médecin ou d'une travailleuse sociale. Il importe de lui demander si elle a des préférences à cet égard.
- Laissez la cliente s'exprimer à son propre rythme et évitez de faire des pressions. L'entretien représente peut-être pour elle la seule occasion de dévoiler sa situation.

– Faites comprendre à la cliente que vous la croyez. Montrez-lui de l’empathie. Discutez des solutions possibles, mais ne donnez pas de conseils. Évitez tout discours culpabilisant.
– Évitez d’exprimer du dégoût, de l’horreur ou de la colère face à la situation qui vous est décrite. Évitez aussi de dénigrer l’agresseur.
– Faites savoir à la cliente que personne ne mérite d’être maltraité et ne doit le tolérer.
– Tentez d’évaluer si la situation comporte un danger. Si la famille compte des enfants, cherchez à déterminer s’ils courent des risques. Si vous êtes profondément convaincu qu’il y a un danger réel, prenez immédiatement les mesures qui s’imposent.
– Offrez à la cliente de l’aider à se protéger. Elle peut par exemple trouver refuge dans un refuge pour femmes battues, un centre de transition ou encore chez un parent ou un(e) ami(e) bienveillant(e).
– Offrez-lui de communiquer avec la police si elle souhaite porter plainte contre l’agresseur ou si elle veut que la police s’en charge. Assurez-vous de connaître la façon de procéder ainsi que les droits de la victime afin de faciliter la prise de décisions et les démarches éventuelles.
– Aidez la cliente à établir un plan pour assurer sa protection. Aidez-la à quitter son foyer ou son conjoint si tel est son désir, mais ne la poussez pas à le faire. Essayez de la calmer et de lui fournir les éléments d’information dont elle a besoin pour prendre des décisions rationnelles et éclairées concernant sa vie et sa sécurité.
– Renseignez-la sur les ressources et les services communautaires disponibles. S’il existe un groupe de soutien pour femmes ou hommes battus dans la collectivité, demandez à la personne si elle souhaite qu’un de ses membres communique avec elle.
– Notez attentivement et intégralement les signes physiques et psychologiques de violence dans le dossier approprié. Ce compte rendu doit comprendre une description des blessures ayant nécessité des soins médicaux, des soins dispensés et de toute autre blessure pour lesquelles des soins médicaux n’étaient pas nécessaires (par exemple, des contusions et des lacérations superficielles).

VIOLENCE À L’ÉGARD DES PERSONNES ÂGÉES

Comme les personnes âgées recourent davantage aux services médicaux, les professionnels de la santé sont particulièrement bien placés pour déceler les cas éventuels et réels de violence envers ces personnes. Cependant, étant donné qu’il n’existe pas de définition normalisée en la matière et qu’il s’agit d’un problème mal détecté, une proportion importante des cas de mauvais traitements envers les personnes âgées ne sont pas signalés.

À l’instar des autres victimes de violence familiale, les personnes âgées maltraitées hésitent parfois à faire état de leur situation parce qu’elles éprouvent de la honte, de la gêne et de la crainte.

Les mauvais traitements sont principalement infligés par les membres de la famille, les auteurs étant dans l’ordre le fils, la fille et le conjoint.

Comme l’enfant, la personne âgée dépend souvent de la personne qui s’en occupe et peut représenter pour celle-ci un fardeau, ce qui se traduit par des mauvais traitements, intentionnels ou non. Sa dépendance, l’absence de solution de rechange, la peur de l’abandon ou des représailles, la peur d’être placée en établissement et le sentiment de loyauté envers la famille sont autant de facteurs qui expliquent que la personne âgée hésite à porter plainte.

Certains facteurs s’appliquent exclusivement à la personne âgée maltraitée :

– La probabilité que, sans intervention, la personne continuera d’être maltraitée pendant le reste de sa vie.
– Le placement en établissement est souvent la seule solution de rechange.

Les personnes les plus exposées aux mauvais traitements de la part des membres de la famille sont les femmes seules ou les veuves âgées de plus de 75 ans qui vivent chez des personnes apparentées et qui souffrent d’une déficience physique ou mentale modérée ou grave, de sorte qu’elles ne peuvent subvenir seules à leurs besoins fondamentaux.

Types de mauvais traitements envers les personnes âgées

Violence physique

– Agression
– Brusquerie
– Négligence grave
– Privation de nourriture ou de soins personnels ou médicaux

Violence psychosociale

- Réclusion
- Isolement
- Manque d'attention
- Intimidation
- Violence verbale ou psychologique

Exploitation financière

- Privation de ressources financières
- Fraude
- Vol
- Utilisation inadéquate des ressources financières
- Privation des moyens de subsistance

Le type de mauvais traitement le plus fréquent est l'exploitation financière, suivie de la violence psychosociale et physique.

Symptômes de violence physique et de négligence

- Ecchymoses, marques de coups, brûlures et autres lésions inexpliquées
- Plaies, ulcérations et autres lésions qui ne guérissent pas
- Malnutrition et déshydratation lorsque la personne est mentalement apte à exprimer ses besoins mais physiquement incapable de les satisfaire toute seule
- Administration d'une dose excessive ou insuffisante de médicaments prescrits
- Non-respect des rendez-vous chez le médecin (parce qu'aucun membre de la famille n'accepte d'accompagner la personne)

Symptômes émotionnels ou psychologiques

- Refus d'admettre l'existence de tout problème concernant les aidants ou surprotection de ces derniers
- Repli sur soi et passivité; résignation face à la situation actuelle
- Crainte et anxiété
- Acceptation trop facile du placement dans un établissement de soins (sentiment de soulagement par rapport à la situation antérieure)
- Aucune attente d'être réconforté

Évaluation et traitement

- Évaluez la compétence mentale de la personne et consultez la loi provinciale ou territoriale sur la santé mentale afin de déterminer les mesures à prendre.
- S'il existe une loi qui protège les personnes âgées ou vulnérables, signalez les cas de mauvais traitements soupçonnés à l'organisme chargé de faire enquête et d'intervenir.
- Si elle est jugée capable, la personne âgée a le droit de prendre des décisions qui ont une incidence sur sa vie. Vous devez en tenir compte dans votre façon de vous exprimer lorsque vous discutez avec la personne âgée de sa situation. Autrement dit, évitez de vous adresser à elle comme à un enfant.
- Déterminez si la négligence ou les mauvais traitements sont attribuables à une mauvaise préparation ou à des attentes irréalistes des aidants.
- Ayez recours à des programmes d'action communautaire (soins infirmiers à domicile, Popote roulante, aides ménagères ou services d'aide à domicile) pour permettre à la personne âgée de demeurer chez elle et dans sa collectivité.
- Consultez les services sociaux communautaires pour déterminer quelles formes d'aide sont accessibles à la personne âgée et à ceux qui en prennent soin.
- Veillez à ce que la personne âgée reçoive régulièrement des soins médicaux et infirmiers en prévoyant des visites fréquentes à domicile qui vous permettront d'évaluer les risques auxquels elle est exposée.
- Veillez à ce que le dossier médical comprenne les antécédents médicaux et sociaux complets et exacts afin que l'on ait accès à ces éléments d'information au cas où certaines décisions seraient prises par les tribunaux concernant la victime des mauvais traitements.
- Essayez d'établir des rapports harmonieux tant avec la personne âgée qu'avec la personne qui s'en occupe ou qui la maltraite.
- Mettez à contribution les services sociaux et l'entourage de la famille pour alléger le fardeau qui pèse sur celle -ci.
- Offrez des séances de counselling à la personne âgée et aux personnes qui s'en occupent afin de découvrir et de régler les conflits cachés qui pourraient être à l'origine du problème.
- En dernier recours, il peut être nécessaire de retirer la personne âgée de son milieu familial. S'il est impossible d'obtenir son consentement voulu au moyen du counselling, le recours au tribunal, et dans certains cas la désignation d'un tuteur, doivent être envisagés.

Considérations particulières relatives aux entretiens relatifs à d'éventuels mauvais traitements

- Au début, interrogez séparément la victime présumée et déterminez dans quelle mesure le bien-être physique et psychologique de la personne est menacé.
- Les membres de la famille, le personnel de la pension ou les autres intervenants doivent être interviewés séparément.
- Prenez note de l'état mental du client, de son comportement, de ses réactions émotionnelles et de ses attitudes à l'égard des personnes qui s'occupent d'elle.
- Prenez note de l'attitude des aidants à l'égard de leur rôle, du contrôle exercé sur les activités du client, de ses liens entretenus avec l'extérieur et de son bien-être physique et psychologique.
- Veillez à ce que la personne contactée et chargée de mener les entrevues et les enquêtes nécessaires soit la plus qualifiée pour remplir ce mandat.

UTILISATION DES RESSOURCES EN SOINS COMMUNAUTAIRES DE SANTÉ MENTALE

La santé mentale est sans doute le domaine clinique où l'efficacité du traitement et de la prévention dépend le plus de la mobilisation et de la coordination des ressources paramédicales et non médicales.

La santé mentale (et inversement, la maladie mentale) découle en grande partie des expériences sociales vécues dans divers contextes (famille, amis, milieu scolaire, milieu de travail, loisirs, collectivité). Il est possible de mobiliser ces « contextes » pour créer des environnements sains et favoriser des expériences bénéfiques pour la santé.

LIGNES DE CONDUITE POUR L'UTILISATION DES RESSOURCES EN SOINS DE SANTÉ MENTALE

Déterminez quelles sont les ressources qui s'occupent ou pourraient s'occuper du client ou du trouble mental. Tenez compte à la fois du réseau structuré (services sociaux, médicaux, éducatifs) et du réseau personnel (famille, conjoint, amis, bénévoles).

Orientez ou facilitez l'orientation vers les services ou organismes compétents et mettez à contribution les ressources personnelles. Il faudra peut-être déployer des efforts particuliers pour « vendre » le service au client ou pour convaincre l'organisme ou la personne-ressource de collaborer. On peut se heurter aux préjugés, à la crainte, à l'incompréhension, à la méfiance ou à l'indifférence soit du client, soit de l'organisme ou de la personne-ressource.

Coordonnez ou favorisez la coordination de toutes les ressources. Même si elles exigent du temps, les rencontres avec les personnes-ressources en définitive sont plus profitables. Elles permettent aussi d'accomplir ce qui suit :

- échanger de l'information
- fixer des objectifs
- définir les attentes du client et de la personne-ressource
- préciser les responsabilités
- établir les réseaux de communication
- élaborer un plan acceptable pour tous les intéressés
- éviter le double emploi
- obtenir l'engagement formel de fournir un service ou de prendre certaines mesures.

Collaborez avec les autres ressources à la prestation des services. Menez conjointement des entrevues avec le client, s'il y a lieu. Offrez conjointement des traitements ou d'autres programmes.

Faites en sorte que les ressources personnelles, surtout la famille et, si possible, le client, prennent part activement à la démarche. Ce faisant, on encourage un sentiment de maîtrise, l'autonomie et la responsabilisation.

Il faut, dans la mesure du possible, travailler en collaboration. Comme les aidants naturels ont généralement des liens plus étroits et intenses avec le client, ils peuvent exercer sur lui une influence considérable. Le rôle du professionnel consiste à renseigner et à guider ces aidants pour que leurs relations avec le client soient salutaires, voire, dans certains cas, délibérément systématiques et thérapeutiques.

Le même principe vaut pour les « aidants » du réseau structuré, comme les bénévoles, les membres de la paroisse et du clergé, les organismes d'entraide et même les organismes communautaires qui s'occupent du client. Certains de ces organismes ont des contacts fréquents et très personnels avec le client et peuvent participer activement au traitement et au suivi.

Appuyez les soignants, par exemple en leur offrant des services de relève, en les mettant en contact avec des personnes ou organismes qui s'occupent de problèmes analogues, en les renseignant sur les ressources communautaires et en assurant une aide technique. Si possible, organisez des ateliers de formation ou des séances d'information dans votre domaine de spécialisation afin d'aider les personnes-ressources à remplir leur rôle.

Veillez à ce que les communications entre les organismes et les personnes-ressources soient franches et satisfaisantes.

Abordez avec les personnes-ressources les limites et les contraintes liées au principe de la confidentialité (*Voir la rubrique « Dossiers et confidentialité » dans la section « Évaluation clinique et traitement » plus haut dans ce chapitre*).

Participez comme personne-ressource à la création de groupes d'entraide et d'appui aux parents pour divers types de problèmes de santé mentale, en assurant le soutien et la supervision nécessaires.

Établissez des mécanismes de liaison formels entre les organismes qui s'occupent le plus directement de problèmes de santé mentale, par exemple par le biais de comités mixtes permanents ou spéciaux. Il est préférable de mettre en place des comités relativement permanents que d'en créer un chaque fois qu'un problème se pose. Cela est particulièrement vrai dans le cas d'expériences personnelles traumatisantes qui nécessitent une intervention psychothérapeutique (par exemple, les cas d'enfants maltraités, d'agression sexuelle et de femmes battues), mais aussi dans le cas de problèmes moins traumatisants mais plus chroniques comme les difficultés dans les rapports parents-enfants, la déficience mentale, les problèmes d'apprentissage, la délinquance juvénile et les toxicomanies.

Des activités de dépistage efficaces et l'utilisation rationnelle des ressources supposent un réseau professionnel et non professionnel bien informé. Les répertoires de ressources communautaires, la publicité dans les médias, les manifestations spéciales (causeries, visites libres, expos-santé) et les conférences interorganismes sont autant d'excellents moyens de tenir la collectivité au courant de ses ressources.

Les groupes de bénévoles jouent un rôle extrêmement utile tant auprès des malades hospitalisés que dans le cadre des activités préventives. L'Association canadienne pour la santé mentale est une ressource particulièrement précieuse dans une collectivité. Il y a lieu d'encourager la création d'une section locale de l'Association et l'utilisation de ses ressources.

EXPERTS-CONSEILS EN MATIÈRE DE PROGRAMMES

Dans les régions peu peuplées où les ressources sont rares, les professionnels de presque toutes les disciplines sont censés être des experts dans tous les aspects de leur profession (ou s'attendent eux-mêmes à l'être). Même si l'on reconnaît que ces attentes sont irréalistes, on n'en éprouve pas moins l'impression que l'on devrait toujours être renseigné ou être en mesure de faire quelque chose.

Par ailleurs, en raison de ce sens de la responsabilité, l'intervenant aux prises avec un problème hésite souvent à faire appel à d'autres, ce qui se traduit inévitablement par la frustration et l'insatisfaction et aboutit à l'inaction.

On peut avoir accès à des experts-conseils en matière de programmes de santé mentale en s'adressant à diverses sources (Santé Canada, universités, ministères provinciaux ou territoriaux de la santé, Association canadienne pour la santé mentale et divers groupes d'intérêt spéciaux). Il ne faut pas hésiter à faire appel à ces ressources à divers égards. La plupart des organismes sont tout à fait disposés à partager leurs connaissances et leur expertise.

ABRÉVIATIONS

AAS	acide acétylsalicylique
ABC	ABC (*airway, breathing and circulation*) – voies aériennes, respiration et circulation
ABO	système ABO (groupes sanguins)
AD	aérosol-doseur
AINS	anti-inflammatoire non stéroïdien
AIT	accident ischémique transitoire
ALT	alanine-aminotransférase
ANA	anticorps antinucléaire
AP	antéropostérieur
APS	antigène prostatique spécifique
AST	aspartate-aminotransférase
AVC	accident vasculaire cérébral
AZT	zidovudine
BCG	bacille de Calmette-Guérin
bid	deux fois par jour
puls/min	pulsations par minute
CCMH	concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine
CO	contraceptifs oraux
D5W	soluté de dextrose à 5 %
D5W/0.25% NS	soluté de dextrose à 5 % dans un soluté de NaCl à 0,25 %
DEP	débit expiratoire de pointe
ECA	enzyme de conversion de l'angiotensine
ECG	électrocardiogramme ou électrocardiographie
EFH	examen des fonctions hépatiques
ET	écart-type
EV	extrasystole ventriculaire
FSH	hormone folliculo-stimulante
G6PD	glucose-6-phosphate déshydrogénase
GB	globules blancs
GGT	gamma-glutamyl-transférase
GI	gastro-intestinal
GR	globules rouges
GU	génito-urinaire
Hb_{A1C}	hémoglobine glycosylée
HCG	hormone gonadotrophine chorionique
HDL	lipoprotéines de haute densité
HEHRP	hémolyse, enzymes hépatiques élevées et nombre réduit de plaquettes
HPV	papillomavirus
hs	au coucher
HTS	hormonothérapie substitutive
IC	insuffisance cardiaque
INH	isoniazide
IPD	interphalangien distal
IPP	interphalangien proximal
IRM	imagerie par résonance magnétique
ISRS	inhibiteur spécifique du recaptage de la sérotonine
IV	intraveineux
IVRI	infection des voies respiratoires inférieures
IVRS	infection des voies respiratoires supérieures
PVJ	pression veineuse jugulaire
LCR	liquide céphalorachidien
LDH	lactico-déshydrogénase
LDL	lipoprotéines de basse densité
MCP	métacarpo-phalangien
MPOC	maladie pulmonaire obstructive chronique
MTS	maladie transmissible sexuellement
od	par jour
ORL	oto-rhino-laryngologie ou oto-rhino-laryngologiste
pc	après un repas
PCP	phencyclidine
PERRLA	pupilles égales et rondes, réaction à la lumière et accommodation normales
PO	par voie orale

prn	au besoin
PV	par voie vaginale
PVJ	pression veineuse jugulaire
qid	quatre fois par jour
RCIU	retard de croissance intra-utérin
RCR	réanimation cardiorespiratoire
RGO	reflux gastro-œsophagien
RhIG	immunoglobulines anti-RH
RIN	rapport international normalisé
SC	sous-cutané, par voie sous-cutanée
SCI	syndrome du côlon irritable
SGA	streptocoque du groupe A
SGB	streptocoque du groupe B
sida	syndrome d'immunodéficience acquise
SL	sublingual, par voie sublinguale
SNC	système nerveux central
SPM	syndrome prémenstruel
T_4	thyroxine
TC	temps de céphaline
TDM	tomodensitométrie
TIBC	capacité totale de fixation du fer
tid	trois fois par jour
TP	temps de prothrombine
TSH	hormone thyréotrope, thyrotropine
UGD	ulcère gastroduodénal
UI	unité internationale
VDRL	test VDRL
VEMS	volume expiratoire maximal seconde
VGM	volume globulaire moyen
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VLDL	lipoprotéines de très basse densité
VRI	voies respiratoires inférieures
VRS	voies respiratoires supérieures
VSG	vitesse de sédimentation globulaire

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES ET MONOGRAPHIES

Benenson, A., editor. *Control of Communicable Diseases Manual*, 16th ed. American Public Health Association, Washington, DC, 1995.

Campbell, J.E. *Basic Trauma Life Support for Paramedics and Advanced EMS Providers*, 3rd ed. Prentice-Hall, Inc., New York, NY, 1995.

Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. *Guide canadien de médecine clinique préventive*. Santé Canada, Ottawa, ON, 1994. Cat. No. H21-117-1994F.

Carruthers-Czyzewski, P., editor. *Nonprescription Drug Reference for Health Professionals*. Canadian Pharmaceutical Association, Ottawa, ON, 1996.

Cash, J.C.; Glass, C.A. *Family Practice Guidelines*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA, 1999.

Chapman K, Tames P. *La vie tient à un souffle*. Association médicale canadienne, Ottawa, ON, 1991.

Chapman K, Tames P. *La vie tient à un souffle :* supplément. Association médicale canadienne, Ottawa, ON, 1994.

Chin, H.G. *On Call Obstetrics and Gynecology*. W.B. Saunders Company, Philadelphia, PA, 1997.

Dambro, M.R. *Les 5 minutes du consultant : guide rapide de consultation médicale*. Paris : Éditions Pradel, c1995.

Edmunds, M.; Mayhew, M. *Procedures for Primary Care Practitioners*. Mosby, Baltimore, MD, 1996.

Ford, L.C. *Nurse Practitioner's Drug Handbook*. Springhouse Corporation, Springhouse, PA, 1998.

Goroll, A.; May, L.; Mulley, A., Jr. *Primary Care Medicine—Office Evaluation and Management of the Adult Patient*, 3rd ed. J.B. Lippincott Co., Philadelphia, PA, 1995.

Graber M.A. General surgery: abdominal pain. In: *University of Iowa Family Practice Handbook*, 3rd ed. Mosby, St. Louis, MO, 1997.

Gray, J., editor-in-chief. *Therapeutic Choices*, 2nd ed. Canadian Pharmacists Association, Ottawa, ON, 1998.

Santé Canada. *Guide canadien d'immunisation*, 5[e] éd. Santé Canada, Ottawa, ON, 1998.

Santé Canada. *Lignes directrices canadiennes pour les MTS*. Santé Canada, Ottawa, ON, 1998.

Jamison, J. *Differential Diagnosis for Primary Practice*. Churchill Livingston, London, UK, 1999.

Jarvis, C. *Physical Examination and Health Assessment*, 2nd ed. W.B. Saunders Company, Philadelphia, PA, 1996.

Laplante, L. *L'hypertension : l'alliance thérapeutique*, 2[e] éd. Éditions Grosvenor, Montréal, c1994.

Lay, T., et al. *Meeting Report: Managing Acid-Related Upper GI Disorders*. Published through an educational grant from Novartis Consumer Health Canada Inc., 1999.

Levine, M.; Lexchin, J.; Pellizzari, R., editors. *Drugs of Choice*, 2nd ed. Canadian Medical Association, Ottawa, ON, 1997.

Lommel, L.L.; Jackson, P.L. *Assessing and Managing Common Signs and Symptoms*. The Regents, University of California, San Francisco, CA, 1997.

Direction générale des services médicaux. *Directives applicables aux programmes et services de la DGSM en matière de VIH et de sida*. Santé Canada, Ottawa, ON, 1995.

Direction générale des services médicaux. *MSB Clinical Guidelines in Pediatrics for Northern Nursing Stations*. Santé Canada, Ottawa, ON, 1995.

Direction générale des services médicaux. *Soins du malade à bord d'un avion : manuel à l'usage des services médicaux*. Santé Canada, Ottawa, ON, 1985.

Petterson, W.G. *Non-Ulcer Upper Gastrointestinal Disorders,* 2nd ed. Grosvenor House Press Inc., Toronto, ON, 1995.

Rubin, R.H.; Voss, C.; Derksen, D.J. *Medicine: A Primary Care Approach*. W.B. Saunders Company, Philadelphia, PA, 1996.

Stanhope, M.; Knollmueller, R.N. *Handbook of Community and Home Health Nursing*, 2nd ed. Mosby Year Book, Inc., St. Louis, MO, 1996.

Toth, P.P.; Jothivijayarani, A., editors. *University of Iowa Family Practice Handbook*, 3rd ed. Mosby, St. Louis, MO, 1997.

Trobe, J.D. *The Physician's Guide to Eye Care*. American Academy of Ophthalmology, San Francisco, CA, 1993.

Uphold, C.R.; Graham, M.V. *Clinical Guidelines in Family Practice*, 3rd ed. Barmarrae Books, Gainesville, FL, 1998.

DÉCLARATIONS, DIRECTIVES ET AUTRES DOCUMENTS SUR INTERNET

Adresses de sites Internet valides en juin 2000.

Canadian Association for Study of the Liver. *Canadian Consensus Conference on the Management of Viral Hepatitis*. CASL and Health Canada. Available: http://www.lhsc.on.ca/casl/cont.htm.

Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP). *Guidelines for Emergency Management of Adult Asthma* . CAEP, Ottawa, ON. Available: http://www.caep.ca/ [select "Guidelines" under "CAEP library"].

College of Physicians & Surgeons of Manitoba (CPSM). *Guideline No. 318. Medicine: Screening, Assessment and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Gestational Diabetes Mellitus in Adults*. CPSM, Winnipeg, MB, revised November 1998. Available: http://www.umanitoba.ca/cgi-bin/colleges/cps/college.cgi/318.html.

College of Physician & Surgeons of Manitoba (CPSM). *Guideline No. 324. Investigation of Adult Blood Diseases*. CPSM, Winnipeg, MB, March 1995. Available: http://www.umanitoba.ca/cgi-bin/colleges/cps/college.cgi/324.html.

College of Physicians & Surgeons of Manitoba (CPSM). *Guideline No. 603. Women's Health: Screening and Diagnosis of Diabetes in Pregnancy.* CPSM, Winnipeg, MB, revised January 4, 2000. Available: http://www.umanitoba.ca/cgi-bin/colleges/cps/college.cgi/603.html.

College of Physicians & Surgeons of Manitoba (CPSM). *Guideline No. 628. Women's Health: Multiple Pregnancy*. CPSM, Winnipeg, MB, revised January 4, 2000. Available: http://www.umanitoba.ca/cgi-bin/colleges/cps/college.cgi/628.html.

College of Physicians & Surgeons of Manitoba (CPSM). *Guideline No. 902. Paediatrics: Initial Fluid and Electrolyte Management of Diabetic Ketoacidosis (DKA) in Childhood*. CPSM, Winnipeg, MB, revised June 1997. Available: http://www.umanitoba.ca/cgi-bin/colleges/cps/college.cgi/902.html.

Douwens, R. Hypothermia prevention, recognition and treatment. Articles, protocols and research on life-saving skills [Web site]. Available: http://hypothermia.org.

Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES). A "sore throat score" for use in the office. ICES, Toronto, ON, 1998. Available: http://www.ices.on.ca/docs/fb1410a.htm.

Ontario Association of Medical Laboratories (OAML). *Guidelines for Lipid Testing CLP 017*. OAML, Toronto, ON, August 1998. Available: http://www.oaml.com/guide.html.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). *Conférence canadienne de consensus sur la contraception*. SOGC, Ottawa, ON, mai/juin/juillet 1998. Disponible : http://www.sogc.org/SOGCnet/sogc_docs/common/guide/library_f.shtml.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Conférence canadienne de consensus sur la ménopause et l'ostéoporose*. SOGC, Ottawa, ON, novembre/décembre 1998. Disponible : http://www.sogc.org/SOGCnet/sogc_docs/common/guide/library_f.shtml.

SOGC Comité de pratique clinique - gynécologie. Comité des questions sociales et sexuelles. *Directive clinique n° 14: Vaginose bactérienne*. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Ottawa, ON, mars 1997. Disponible : http://www.sogc.org/SOGCnet/sogc_docs/common/guide/library_e.shtml.

SOGC Comité de pratique clinique - obstétrique. *Directive clinique n° 1 2: Lignes directrices sur le traitement des nausées et des vomissements de la grossesse*. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada , Ottawa, ON, novembre 1995. Disponible : http://www.sogc.org/SOGCnet/sogc_docs/common/guide/library_f.shtml.

SOGC Comité de pratique clinique - obstétrique. *Directive clinique n° 71 : Partir du bon pied: directives sur les soins pendant la grossesse et l'accouchement*. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Ottawa, ON, décembre 1998. Disponible : http://www.sogc.org/SOGCnet/sogc_docs/common/guide/library_f.shtml.

SOGC Comité de médecine fœto-maternelle. *Directive clinique n° 15 : La grossesse prolongée.* Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Ottawa, ON, mars 1997. Disponible : http://www.sogc.org/SOGCnet/sogc_docs/common/guide/library_f.shtml.

SOGC Comité de médecine fœto-maternelle. *Directive clinique n° 61 : Protocole d'accord national sur la prévention des infections précoces à streptocoques du groupe B chez le nouveau-né*. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Ottawa, ON, juin 1997. Disponible : http://www.sogc.org/SOGCnet/sogc_docs/common/guide/library_f.shtml.

SOGC Comité de médecine fœto-maternelle. *Directive clinique n° 62 : Dépistage du VIH pendant la grossesse*. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Ottawa, ON, juin 1997. Disponible : http://www.sogc.org/SOGCnet/sogc_docs/common/guide/library_f.shtml.

ARTICLES DE REVUES

Certains de ces articles peuvent aussi être consultés sur Internet. (Les addresses des sites Internet étaient valides en juin 2000).

Al Garf, A. Differential diagnosis of lower abdominal pain in the female patient. *Update Primary Health Care Journal* 1996;10(1) [online journal]. Available: http://www.zurba.com/update/Issues/issues.htm.

American College of Obstetrics and Gynecology. ACOG practice patterns. Emergency oral contraception. Number 2, October 1996. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 1997;56:203–210.

American College of Physicians. Clinical Guideline, Part 1. Screening for thyroid disease. *Annals of Internal Medicine* 1998;121:141–143. Also available: http://www.acponline.org/journals/annals/15jul98/ppthyroid1.htm.

American Diabetes Association. Clinical practice recommendations: diabetic retinopathy. *Diabetes Care* 1999;22(Supplement 1).

American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory Care* 1995;152:S77–S120.

Baloh, R.W. The dizzy patient. *Postgraduate Medicine* 1999;105(2):161–164, 167–172. Also available: http://www.postgradmed.com/issues/1999/02_99/baloh.htm.

Bessman, J.D.; Gilmer, P.R., Jr.; Gardner, F.H. Improved classification of anemias by MCV and RDW. *American Journal of Clinical Pathology* 1983;80:322–326.

Beveridge, R.C.; Grunfeld, A.F.; Hodder, R.V.; et al, for the CAEP/CTS Asthma Advisory Committee. Guidelines for the emergency management of asthma in adults. *Canadian Medical Association Journal* 1996;155(1):25–37. Also available: http://www.cma.ca/cmaj/vol-155/0025.htm.

Borenstein, D.G. Management of neck pain: a primary care approach. *Hospital Practice (Office Edition)* 1998;33(10):147–150, 153–154, 160. Also available: http://www.hosppract.com/issues/ 1998/10/boren.htm.

Canadian Rhinitis Symposium. Assessing and Treating Rhinitis—a Practical Guide for Canadian Physicians (Proceedings of the Canadian Rhinitis Symposium, Toronto, ON, January 14–15, 1994). *Canadian Medical Association Journal* 1994;151(Supplement):S1–S27.

Canadian Thoracic Society Workshop Group. Guidelines for the assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease. *Canadian Medical Association Journal* 1992;147(4):420–428.

Committee on Infectious Diseases and Committee on Fetus and Newborn, American Academy of Pediatrics. Revised guidelines for prevention of early-onset group B streptococcal (GBS) infection. *Pediatrics* 1997;99(3):489–496. Also available: http://www.pediatrics.org/all.shtml [subscription required to access online version].

Consensus Conference on the Treatment of Community Acquired Pneumonia in the Non-Immunocompromised Host. Management of community acquired pneumonia. *Canadian Journal of Infectious Disease* 1993;4:25–28. Summary available: http://www.theberries.ns.ca/Archives/CAPneumonia.html.

Division de la lutte antituberculeuse, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada. Recommandations. Dans : *Compte rendu de la Conférence nationale de concertation sur la tuberculose*, du 3 au 5 décembre 1997. Relevé des maladies transmissibles au Canada 1998;24(Supplément 2). Aussi disponible : http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/ publicat/ccdr/ 98vol24/24s2/index_f.html

Ernst, P.; FitzGerald, J.M.; Spier, S. Conférence canadienne de consensus sur l'asthme. Résumé des recommandations. *Canadian Respiratory Journal* 1996;3(2):101–114. Aussi disponible : http://www.pulsus.com/ Respir/03_02/ ernf_ed.htm.

Feldman, R.D.; Campbell, N.; Larochelle, P.; et al., au nom du Groupe de travail chargé de l'élaboration des Recommandations de 1999 pour le traitement de l'hypertension artérielle au Canada. Recommandations de 1999 pour le traitement de l'hypertension artérielle au Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne* 1999;161(12 Supplément):SF1–SF20. Aussi disponible : http://www.cma.ca/cmaj/vol-161/ issue-12/ hypertension/index.htm.

Helewa, M.E.; Burrow, R.F.; Smith, J., et al. Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference: 1. Definitions, evaluation and classification of hypertensive disorders in pregnancy. *Canadian Medical Association Journal* 1997;157:715–725. Also available: http://www.cma.ca/cmaj/vol-157/ issue-6/0715.htm.

McIsaac, W.J.; White, D.; Tannenbaum, D.; et al. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *Canadian Medical Association Journal* 1998;158(1):75–83. Also available: http://www.cma.ca/cmaj/vol-158/ issue-1/0075.htm.

Meltzer, S.; Leiter, L.; Daneman, D.; et al. 1998 clinical practice guidelines for the management of diabetes in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 1998;159(8 Supplement):S1–S29. Also available: http://www.cma.ca/cmaj/vol-159/ issue-8/diabetescpg/index.htm.

Moutquin, J.-M.; Garner, P.R.; Burrows, R.F.; et al. Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference: 2. Nonpharmacologic management and prevention of hypertensive disorders in pregnancy. *Canadian Medical Association Journal* 1997;157:907–919. Also available: http://www.cma.ca/cmaj/vol-157/ issue-7/0907.htm.

Ogilvie, R.I.; Burgess, E.D.; Cusson, J.R.; et al. Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference: 3. Pharmacologic treatment of essential hypertension. *Canadian Medical Association Journal* 1993;149:575–584.

Paterson W.G.; Thompson, W.G.; Vanner, S.J., et al. Recommendations for the management of irritable bowel syndrome in family practice [consensus conference, June 1997, under the auspices of Queen's University Gastrointestinal Motility Education Centre National Conference]. *Canadian Medical Association Journal* 1999:161:154–160. Also available: http://www.cma.ca/cmaj/vol-161/issue-2/0154.htm.

Pryse-Phillips, W.E.M.; Dodick, D.W.; Edmeads, J.G., et al. Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. *Canadian Medical Association Journal* 1997;156:1273–1287. Also available: http://www.cma.ca/cmaj/vol-156/issue-9/1273.htm.

Pryse-Phillips, W.E.M.; Dodick, D.W.; Edmeads, J.G., et al. Guidelines for the nonpharmacologic management of migraine in clinical practice. *Canadian Medical Association Journal* 1998;159:47–54. Also available http://www.cma.ca/cmaj/vol-159/issue-1/0047.htm

Rey, É.; LeLorier J.; Burgess, E.; et al. Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference: 3. Pharmacologic treatment of hypertensive disorders in pregnancy. *Canadian Medical Association Journal* 1997;157:1245–1254. Also available: http://www.cma.ca/cmaj/vol-157/issue-9/1245.htm.

Saint, S.; Bent, S.; Vittinghoffe, E.; et al. Antibiotics in chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association* 1995;273(12):957–960.

Santen, S. Cholecystitis and biliary colic. In: *emedicine: Emergency Medicine* [online resource, updated May 21, 2000]. Available: emedicine.com [select “Gastrointestinal,” under “Emergency medicine”].

Saskatchewan Health Services Utilization and Research Commission (SHSURC). *Cholesterol testing and treatment*. SHSURC, Saskatoon, SK, November 1995. Available: http://www.sdh.sk.ca/hsurc/cholesterolguideline.htm.

Shojania, A.M. How do you investigate a patient with anemia? *Manitoba Medicine* 1993;94–95.

Siafakas, N.M.; Vermeire, P.; Pride, N.B.; et al. Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The European Respiratory Society Task Force. *European Respiratory Journal* 1995;8(8):1398–1420.

Swaanenburg, J.C.J.M.; Rutten, W.P.; Holdrinet, A.C.; et al. The determination of reference values for hematologic parameters using results obtained from patient populations. *American Journal of Clinical Pathology* 1987;88:182–191.

Therapeutics Initiative. Definitive treatment of peptic ulcer disease by eradication of *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). *Therapeutics Letter*, issue 2, November 1994 [online journal]. Available: http://www.ti.ubc.ca/pages/letter2.html.

Therapeutics Initiative. Medical management of ischemic heart disease: the optimal use of nitrates. *Therapeutics Letter*, issue 6, May 1995 [online journal]. Available: http://www.ti.ubc.ca/pages/letter6.html.

Thompson, J.; Balfour, N.; Butt, P.; et al. Chest pain guideline and continuous quality improvement system for Canadian rural emergency health care facilities. *Canadian Journal of Rural Medicine* 1999;4(1):9–19. Also available: http://www.cma.ca/cjrm/vol-4/issue-1/0009.htm.

Tuberculosis Committee, Canadian Thoracic Society. Essentials of tuberculosis control for the practising physician. *Canadian Medical Association Journal* 1994;150:1561–1571.

Turner, A.R. A rational approach to the assessment of anemia. *Canadian Journal of Continuing Medical Education* 1993;Oct:19–29.

UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998;352(9131):837–853. Also available: http://www.thelancet.com/newlancet/reg/issues/vol352no9131/.

Index

Les médicaments sont indexés sous leur dénomination commune.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

X

Y

Z